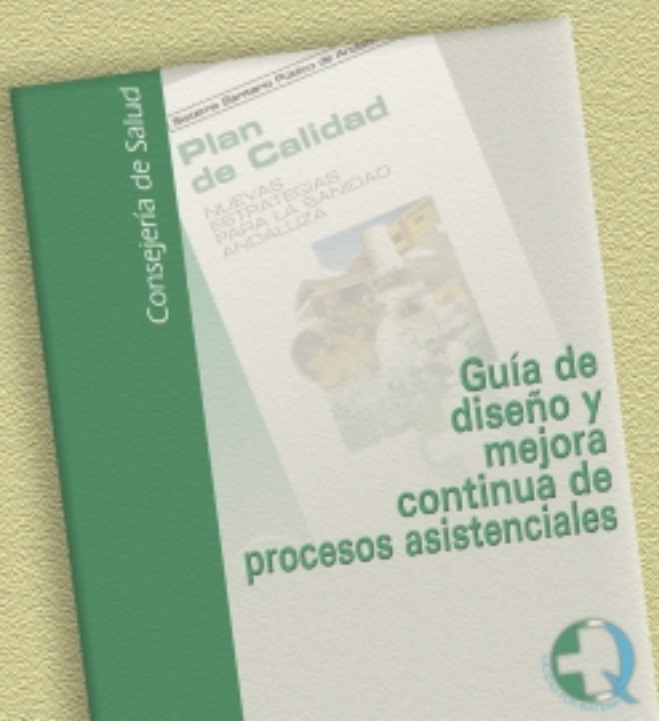


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO

CÁNCER COLORRECTAL



PROCESO PROCESO
ASISTENCIAL ASISTENCIAL
INTEGRADO INTEGRADO

CÁNCER
COLORRECTAL



CÁNCER COLORRECTAL

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: S-516-2004

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación



EQUIPO DE TRABAJO

Javier Gutiérrez Sainz y José Gómez Barbadillo (Coordinadores), Carmen Alba Fernández, Manuel Carrasco Muñoz, Carlos Díaz Iglesias, Eduardo Espinosa Guzmán, Javier Gavira Iglesias, Auxiliadora Gómez España, María Belén Jiménez Ojeda, José Manuel Llamas Elvira, Amalia Moreno Torres, Amalia Palacios Eito, Juan Jesús Puente Gutiérrez, Rafael Rosado Cobián, Juan José Reina Zollo, José Antonio Ruiz Romero.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	20
4. COMPONENTES	25
Descripción general	25
Profesionales. Actividades. Características de calidad	34
Recursos. Características generales. Requisitos	62
Unidades de soporte.....	66
Competencias profesionales	67
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	81
Arquitectura de procesos nivel 1	82
Arquitectura de procesos nivel 2.....	83
Arquitectura de procesos nivel 3.....	91
6. INDICADORES	101
Anexos.....	105
Abreviaturas	135
Bibliografía	137

1 INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es la cuarta causa más común de cáncer en el mundo con aproximadamente 875.000 nuevos casos por año (WHO 1996) correspondientes al 8,5% de todos los casos nuevos de cáncer.

En España, en 1996, aparecieron 17.140 casos de CCR (9.970 en varones y 8.270 en mujeres).

En Andalucía es la segunda causa de muerte por cáncer y supone el 11% del total de las muertes por cáncer. Presenta unas tasas brutas de incidencia de 39/100.000 en hombres y 32/100.000 en mujeres.

El CCR es más frecuente en la población de edad avanzada, con un pico en la séptima década. Tan sólo el 5% de los CCR aparecen antes de los 40 años de edad y más del 70% de los CCR se originan a partir de pólipos adenomatosos esporádicos.

Un proceso es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada (flujo de trabajo), para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido.

La complejidad de dichos procesos y la multiplicidad de actores que intervienen en los mismos propicia la existencia de numerosas ineficiencias en forma de demoras, descoordinaciones, duplicidades, omisiones, etc., que tienen además una repercusión negativa sobre los clientes a los que van dirigidos.

La gran mayoría de los flujos de trabajo o procesos que se desarrollan en los hospitales son multidepartamentales y multidisciplinarios, siendo el cáncer colorrectal una muestra paradigmática de ello.

El desarrollo de este proceso asistencial por un grupo multidisciplinario de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía ha pretendido ordenar actividades, racionalizar el uso de recursos, establecer mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles e integrar actividades de forma que se facilite la existencia de una mínima variabilidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer colorrectal.

Dos pilares básicos han guiado todas las actuaciones del grupo de trabajo: la continuidad asistencial y el situar al enfermo en el centro de la toma de decisiones.

No somos ajenos a las dificultades de implantación de este proceso en Andalucía, pero confiamos y esperamos que facilite la consecución, en los diferentes niveles, de los objetivos que el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006 se ha planteado respecto al cáncer colorrectal.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

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

Límite de entrada: Paciente con sospecha (síntomas y signos, test de *screening* positivo o hallazgo casual de lesión intraluminal en prueba de imagen) o diagnóstico de certeza de cáncer colorrectal (biopsia positiva) procedente de cualquier nivel asistencial, tanto con carácter programado como urgente.

Límite de salida:

Cuidados Paliativos:

- Pacientes sintomáticos por recurrencia o progresión de la enfermedad, no susceptibles de tratamiento con cirugía, radioterapia, quimioterapia u otras terapias anti-neoplásicas.

Alta definitiva:

- Pacientes que han finalizado el periodo de seguimiento sin evidencia de recurrencia de la enfermedad.
- Pacientes con sospecha clínica que, tras un estudio, no es confirmada y que no pertenecen a grupos de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal.

Límites marginales:

- Tumores colorrectales diferentes del adenocarcinoma.
- Tumores de canal anal y del margen anal de cualquier tipo histológico.
- Tumores de origen no colorrectal que afectan al colon o recto a través de invasión por contigüidad.

3

DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTE

- Que me garanticen un acceso rápido a la asistencia tanto en Atención Primaria como hospitalaria, cuando exista una sospecha de enfermedad neoplásica.
- Que las pruebas necesarias se realicen en el menor número de visitas y en el menor tiempo posible.
- Que me informen sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi enfermedad.
- Que haya concordancia entre la información que me dan y el tratamiento que se realiza.
- Que pueda elegir centro hospitalario y cirujano.
- Que la estancia post-operatoria sea lo más corta posible pero no tanto como para que pueda haber complicaciones en el domicilio que provoquen temor.
- Que la preparación intestinal sea lo más cómoda posible.
- Que se evite en lo posible la colocación de un estoma.
- En caso de que sea necesaria la colostomía, que esté situada en el sitio correcto, sin retracciones, y que la bolsa se adapte bien.
- Que haya un seguimiento del estoma en el post-operatorio.

- Que no me queden disfunciones sexuales ni urinarias.
- Que me faciliten la adquisición de los dispositivos de ostomía.
- Que tenga poco dolor en el post-operatorio.
- Que me faciliten apoyo psicológico.
- Que exista buena comunicación entre Atención Primaria y el Hospital.
- Que conozca al médico que me trata y que me vea siempre éste.
- Que en caso de aparecer problemas en el domicilio se tenga perfectamente claro cómo actuar y se posibilite una actuación rápida desde el Hospital.
- Que me faciliten el ingreso hospitalario en caso de complicaciones quirúrgicas o toxicidad por quimioterapia.
- Que me informen sobre los resultados de calidad del grupo de trabajo médico-quirúrgico.
- Que tenga fácil acceso a la información sobre el tratamiento y el pronóstico.
- Que la información sea clara y comprensiva, no contradictoria y el informador sea siempre el mismo.
- Que el trato sea humano.
- Que me faciliten la información en un sitio adecuado.
- Que me faciliten información sobre las probabilidades de que mi familia o yo tengamos un cáncer.
- Que me proporcionen al alta un informe detallado y comprensible acerca de: patología, actuaciones realizadas, complicaciones, cuidados, tratamiento y alimentación que debo seguir, así como que se especifique la fecha y el lugar de la revisión, en caso de ser ésta necesaria.

FAMILIARES

- Que me presten el apoyo social y psicológico necesario.
- Que me faciliten las tareas burocráticas y que el tratamiento me ocasione el menor perjuicio económico.
- Que me puedan localizar fácilmente en caso de que haya complicaciones o novedades que me deban ser comunicadas.
- Que me formen adecuadamente sobre los cuidados de las ostomías.
- Que pueda acompañar al paciente durante todo el proceso.
- Que exista un profesional conocido de referencia para el proceso de mi familiar, de forma que, en caso de necesidad, pueda acceder a él para solicitar información.
- Que tenga apoyo psicológico accesible para manejar la situación.
- Que tenga facilidad para visitar a mi familiar.
- Que la enfermedad de mi familiar enfermo se resuelva en el menor tiempo posible, con los medios adecuados, obteniendo los mejores resultados y sin complicaciones.

- Que funcionen coordinadamente los diferentes profesionales y servicios.
- Que haya posibilidad de asistencia a domicilio en caso necesario.
- Que sea tratado con amabilidad, cortesía y respeto por los profesionales que intervienen en el proceso asistencial de mi familiar enfermo.
- Que me informen de las normas de la sala de hospitalización.
- Que pueda conocer el nombre y la categoría profesional de las personas que atienden a mi familiar enfermo.
- Que me informen de manera clara y comprensible, a lo largo de todo el proceso asistencial de mi familiar enfermo, en una habitación donde sea posible guardar el respeto a la intimidad.
- Que me faciliten los justificantes que pueda necesitar.
- Que existan salas para acompañantes, dotadas de las condiciones necesarias para hacer confortable la espera, sobre todo cuando ésta sea prolongada.

PROFESIONALES

Comunes a todos los profesionales:

Acceso a medios:

- Tener acceso, en un plazo razonable, a los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para poder llevar a cabo la función que corresponda a lo largo del desarrollo del proceso.
- Que los recursos materiales y humanos sean suficientes y adecuados para poder llevar a cabo el desarrollo del proceso.
- Que se haga una adecuada gestión de las camas para permitir el ingreso del paciente sin demora cuando éste se considere necesario, bien con carácter programado o urgente.

Coordinación y acceso a otros niveles:

- Que con cada paciente se remita un informe detallado de su historia clínica, exploraciones complementarias realizadas y tratamiento actual seguido, así como que se especifique con claridad el motivo de la remisión o envío del paciente.
- Que se disponga de la historia clínica del usuario en el momento de empezar la consulta.
- Que los profesionales puedan tener acceso a la información sobre los resultados del proceso, así como participación en los planes de mejora.
- Que en todo momento los facultativos implicados en el proceso tengan acceso al estado evolutivo y/o seguimiento del paciente.
- Que el seguimiento del paciente esté descrito y consensuado evitando duplicidades diagnósticas y tensiones interservicios.
- Que existan protocolos de actuación para un abordaje integral del proceso elaborados por los profesionales implicados.

- Que sea posible una mejora continuada en la comunicación y el diálogo entre los profesionales.
- Que se conozca claramente el plan asistencial indicado por el médico responsable para adecuar la sistemática en los cuidados al paciente por parte de Enfermería.

Satisfacción del profesional

- Que sea posible y fácil el acceso a una formación continuada sobre todo en habilidades de comunicación en el proceso oncológico.
- Que se facilite el conocimiento del circuito del proceso asistencial.
- Que se disponga de adecuadas áreas de apoyo para llevar a cabo tareas de información, elaboración de informes clínicos y demás temas relacionados o derivados de la relación médico-enfermo.
- Que se implante un sistema de incentivos ligado a objetivos derivados de la puesta en marcha de la gestión por procesos.
- Que los circuitos de comunicación con el resto de los profesionales sean fluidos.

Médico de Familia

- Que me proporcionen información sobre el diagnóstico y el desarrollo del tratamiento.
- Que exista un protocolo establecido sobre el seguimiento en el que quede claro el papel de Atención Primaria.
- Que en caso de aparecer problemas o dudas en el seguimiento en Atención Primaria exista una forma ágil de derivar al paciente a Atención Especializada.

Enfermera

- Que se facilite la formación específica.

Digestólogo

- Que se disponga de cauces de comunicación ágiles y efectivos con el Médico de Familia sobre la base de un protocolo consensuado de derivación de pacientes con sospecha de cáncer colorrectal.
- Que el paciente sea remitido desde Atención Primaria mediante una solicitud razonada y detallada de consulta, incluyendo el motivo de consulta, los antecedentes personales, la medicación habitual y una analítica básica reciente.
- Que disponga de tiempo suficiente y entorno adecuado en la consulta para la realización de una historia clínica detallada y exploración física completa.
- Que disponga de tiempo suficiente y entorno adecuado en la consulta para informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, de forma clara y comprensible.
- Que las pruebas diagnósticas, en especial la colonoscopia, puedan realizarse en un tiempo razonable.

- Que se disponga de los recursos humanos y materiales suficientes en las unidades de endoscopias, que permitan una adecuada monitorización y sedación del paciente durante la colonoscopia.
- Que se disponga de los recursos materiales suficientes que permitan mantener la operatividad de la unidad de endoscopias en caso de avería del material.
- Que existan controles de calidad periódicos respecto de la limpieza y desinfección del material endoscópico.
- Que la comunicación con cirugía sea ágil y efectiva una vez obtenido el diagnóstico de cáncer colorrectal, de forma que la valoración del paciente por el Cirujano se establezca en un tiempo razonable.

Patólogo

- Que se remitan las muestras en condiciones adecuadas tanto en lo referente a preservación de las mismas como a la información necesaria en la solicitud de estudio anatomopatológico.

Cirujano

- Que se disponga de un protocolo de tratamiento multidisciplinario, consensuado y coordinado con todas las especialidades.
- Que se disponga del aparataje necesario para la estadificación y el tratamiento correcto.
- Que exista una buena coordinación con Oncología Médica y Radioterápica.
- Que los circuitos burocráticos se simplifiquen al máximo.
- Que las indicaciones de tratamiento quimioterápico y radioterápico sean adecuadas y que la técnica sea la óptima.
- Que se tenga información de los tratamientos y resultados evaluados en las especialidades de Oncología Médica y Radioterápica.

Oncólogo Médico

- Que el paciente sea remitido a Oncología con la documentación adecuada y dentro del plazo establecido para iniciar el tratamiento.
- Que todas las pruebas para la estadificación estén hechas al evaluar al enfermo en la primera visita, para evitar retrasos en el inicio del tratamiento.
- Que se evite el uso de intermediarios en el traslado de información.

Oncólogo de Radioterapia

- Que exista posibilidad de tener acceso *on line* a la información del paciente para todos los médicos que intervienen en el tratamiento y el seguimiento.
- Que el seguimiento sea consensuado entre cirujanos, oncólogos y radioterapeutas, para evitar duplicidad en las pruebas y visitas innecesarias.

- Disponer de circuitos asistenciales para los pacientes y que éstos sean conocidos por todos los profesionales.
- Que se evalúen los resultados de los tratamientos de forma anual y éstos sean conocidos por todos los profesionales que participan en el proceso.
- Que la técnica quirúrgica sea óptima.

Anestesiólogo

- Que el paciente sea remitido para la evaluación por parte de Anestesia de forma previa a la cirugía y que se establezcan las medidas necesarias para mejorar en todo lo posible el estado de salud antes de la intervención.
- Que las recomendaciones de anestesia para antes de la intervención se cumplan.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: PACIENTES

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES REMITIDOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA CON SOSPECHA DE CÁNCER COLORRECTAL

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Demora inferior a 15 días entre la visita en Atención Primaria y la valoración en la Consulta de Digestivo.
- Criterios de derivación coordinados con Atención Especializada.
- Exploraciones complementarias estandarizadas según la evidencia disponible.
- Estudio diagnóstico y de extensión en el mínimo número de visitas.

FLUJOS DE SALIDA: TRATO E INFORMACIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER COLORRECTAL

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato correcto, cortés y amable.
- Información proporcionada en la consulta en términos de intimidad, confidencialidad y comprensión.
- Presentación e identificación de los profesionales que intervienen en las diferentes fases de este flujo de salida.
- Información adecuada y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como sobre la evolución en cada fase del proceso (intervención, evolución diaria, recidiva, etc.).
- Consentimiento informado.
- Información adecuada sobre el manejo del estoma.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER COLORRECTAL

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Mínimo tiempo de hospitalización posible.
- Demora inferior a 4 semanas desde el diagnóstico hasta la intervención quirúrgica.
- Preparación de colon rápida, efectiva y confortable.
- Técnica quirúrgica ajustada a protocolo.
- Complicaciones adecuadas a estándares.
- Actuación según una trayectoria clínica establecida.
- Informe al alta en el que se especificará de forma clara y comprensible el diagnóstico principal, las complicaciones y comorbilidades, las exploraciones complementarias realizadas, el tratamiento practicado, el resultado de Anatomía Patológica y el estadio UICC, así como las recomendaciones de cuidados, alimentación, tratamiento domiciliario y primera prescripción, junto con el lugar y fecha de revisión. Además, se informará sobre el tipo de seguimiento que se va a realizar.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA ONCOLÓGICA RADIOTERÁPICA A PACIENTES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ADYUVANTE

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Consentimiento informado para Radioterapia.
- Máxima demora en inicio del tratamiento radioterápico 15 días en esquemas preoperatorios y 6-8 semanas en esquemas post-operatorios.
- Tratamiento con la energía de irradiación idónea al volumen (acelerador de electrones de 10 Mv mínimo).
- Tratamiento sin interrupciones.
- Tratamiento con la mínima toxicidad.
- Existencia de garantía y control de calidad del Servicio de Radioterapia.

FLUJOS DE SALIDA: ASISTENCIA ONCOLÓGICA QUIMIOTERÁPICA A PACIENTES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ADYUVANTE

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Consentimiento informado para tratamiento quimioterápico.
- Pruebas para estadificación realizadas y disponibles previamente a la primera evaluación en Oncología.
- Inicio del tratamiento antes de la 6ª- 8ª semana posterior a la intervención.
- Tratamiento con la mínima toxicidad.
- Tratamiento adecuado a la mejor evidencia científica disponible.
- Información sobre el manejo de los síntomas de toxicidad en el domicilio de los pacientes.

DESTINATARIO: FAMILIARES

FLUJOS DE SALIDA: ACCESIBILIDAD

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Plan de acogida según protocolo establecido.
- Identificación de cada persona (nombre y categoría profesional) que interviene en el proceso.
- Acceso al Médico responsable de forma diaria y cuando surjan complicaciones.

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información humanizada, clara y continuada sobre el curso de la enfermedad en cada fase del proceso.

FLUJOS DE SALIDA: APOYO SOCIAL Y PSICOLÓGICO

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Orientado al proceso neoplásico. De fácil acceso.

FLUJOS DE SALIDA: EDUCACIÓN SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Clara y comprensible sobre el manejo del estoma y el uso de dispositivos.
- Consejo genético de acuerdo con la evidencia actual disponible.

DESTINATARIO: PROFESIONALES

FLUJOS DE SALIDA: FORMACIÓN CONTINUADA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Actividades formativas regulares, adaptadas a la implantación de mejoras técnicas en el tratamiento y cuidado de los enfermos y a la adquisición de competencias necesarias en el proceso.

FLUJOS DE SALIDA: DERIVACIÓN/COORDINACIÓN INTERSERVICIOS/INTERNIVELES

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Protocolos para derivación con criterios y elementos de calidad en las derivaciones.
- Informes de alta hospitalaria.
- Informes de continuidad de cuidados.
- Informes de revisiones en consulta externa.
- Informes de seguimiento.
- Comisiones de Tumores.
- Disponibilidad de correo electrónico como herramienta de comunicación interniveles/interservicios.

FLUJOS DE SALIDA: ACCESO A INFORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponibilidad inmediata de la historia clínica completa.
- Acceso *on line* a la historia clínica para todos los facultativos que intervienen en el proceso (Intranet).
- Registros en bases de datos de indicadores finales de resultado a las que puedan acceder todos los facultativos que intervienen en el proceso (Intranet).
- Disponibilidad de acceso a información científica *on line* (Internet).

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none">• Médico de Familia/DCCU-AP
QUIÉN	UAU-AP
CUÁNDO	Tras solicitud de la demanda
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	2. VALORACIÓN POR MÉDICO DE FAMILIA (1ª CONSULTA)/DCCU-AP
QUIÉN	Médico de Familia/DCCU-AP
CUÁNDO	Antes de 24 h tras la demanda de asistencia/15 m en el DCCU-AP
DÓNDE	Centro de Salud: Consulta/DCCU-AP
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	3. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> • Toma de muestras • Médico de Familia (2ª consulta) o Digestólogo (1ª consulta)
QUIÉN	UAU- AP
CUÁNDO	Indicación por Médico de Familia/DCCU-AP
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	4. TOMA DE MUESTRAS
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	Tras indicación por Médico de Familia/DCCU-AP
DÓNDE	Centro de Salud: Consulta de Extracciones
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	5. VALORACIÓN DEL PACIENTE (2ª CONSULTA)
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	Cuando se dispone de los resultados analíticos
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	6. VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL SCCU-H
------------	--

QUIÉN	Médico del SCCU-H
CUÁNDO	Solicitud del paciente o derivación de AP (Actividad 2 o 5)
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	7. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none">• Digestólogo (1ª consulta)
------------	--

QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Solicitud por Médico de Familia (Actividad 2 o 5) o del SCCU-H (Actividad 6)
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	8. VALORACIÓN DEL PACIENTE (1ª CONSULTA)
------------	---

QUIÉN	Digestólogo
CUÁNDO	Antes de 10 días en casos preferentes o 14 en el resto desde la solicitud
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	9. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia, CEA, Rx de tórax, TC abdominal/abdominopélvico, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal• Digestólogo (2ª consulta)
------------	---

QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Solicitud por Digestólogo
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	10. REALIZACIÓN DE: <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia, CEA, Rx de tórax, TC abdominal/abdominopélvico, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal
QUIÉN	Digestólogo/Analista/Radiólogo/Cirujano
CUÁNDO	En el plazo de 10 días desde la solicitud
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	11. VALORACIÓN DEL PACIENTE (2ª CONSULTA)
QUIÉN	Digestólogo
CUÁNDO	Cuando estén disponibles los resultados de las pruebas solicitadas
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	12. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> • Cirujano (1ª consulta) o • Colonoscopia, CEA, Rx de tórax, TC abdominal/abdominopélvico, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal y • Digestólogo (3ª consulta)
QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Solicitud por Digestólogo
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	13. REALIZACIÓN DE: • Colonoscopia, CEA, Rx de tórax, TC abdominal/abdominopélvico, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal
------------	---

QUIÉN	Digestólogo/Analista/Radiólogo/Cirujano
CUÁNDO	En el plazo de 10 días desde la solicitud
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	14. VALORACIÓN DEL PACIENTE (3ª CONSULTA)
------------	--

QUIÉN	Digestólogo
CUÁNDO	Cuando estén disponibles los resultados de las pruebas solicitadas
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	15. GESTIÓN DE CITA PARA: • Cirujano (1ª consulta)
------------	--

QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Solicitud por Digestólogo (Actividad 11 o 14)
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	16. VALORACIÓN DEL PACIENTE (1ª CONSULTA)
------------	--

QUIÉN	Cirujano
CUÁNDO	Menos de 1 semana tras la indicación quirúrgica realizada por el Digestólogo
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	17. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> • Estudio preanestésico, u • Oncología Médica y/o Radioterápica
------------	---

QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Solicitud de Cirujano
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	18. VALORACIÓN DEL PACIENTE CANDIDATO A TRATAMIENTO NEOADYUVANTE
------------	---

QUIÉN	Oncólogo de Radioterapia
CUÁNDO	Inferior a una semana desde la solicitud
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	19. TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO
------------	--------------------------------------

QUIÉN	Oncólogo de Radioterapia, Radiofísico, TER, Enfermera, Auxiliar
CUÁNDO	Tras la decisión del Oncólogo
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Planes de cuidados

QUÉ	20. EVALUACIÓN ANESTÉSICA PREOPERATORIA
------------	--

QUIÉN	Anestesiólogo
CUÁNDO	Inferior a 1 semana desde la solicitud
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos

QUÉ	21. GESTIÓN DE INGRESO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
------------	--

QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Solicitud de Cirujano y previa valoración por el Anestesiólogo
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	22. INGRESO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
------------	---

QUIÉN	Enfermera/Auxiliar
CUÁNDO	Tras la gestión del ingreso por UAU
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	23. PREPARACIÓN DEL PACIENTE: <ul style="list-style-type: none">• Mecánica del colon• Quirúrgica preoperatoria• Valoración del posible emplazamiento del estoma
------------	---

QUIÉN	Enfermera/Auxiliar
CUÁNDO	Previamente a la intervención
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos establecidos/Planes de cuidados

QUÉ	24. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
------------	-----------------------------------

QUIÉN	Anestesiólogo, Cirujano, Enfermera, Auxiliar
CUÁNDO	Tras inducción anestésica
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Planes de cuidados

QUÉ	25. ESTUDIO DE LAS MUESTRAS
QUIÉN	Anatomopatólogo, Técnico de Anatomía Patológica
CUÁNDO	Tras la intervención quirúrgica
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Procedimientos

QUÉ	26. CONTROL POST-OPERATORIO EN REANIMACIÓN Y/O UCI
QUIÉN	Anestesiólogo, Intensivista, Enfermera, Auxiliar
CUÁNDO	Tras la intervención
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Planes de cuidados

QUÉ	27. CONTROL POST-OPERATORIO EN PLANTA DE CIRUGÍA
QUIÉN	Cirujano, Enfermera, Auxiliar
CUÁNDO	Tras el alta de Reanimación
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Procedimientos/Planes de cuidados

QUÉ	28. ALTA HOSPITALARIA DEL PACIENTE
QUIÉN	Cirujano, Enfermera
CUÁNDO	La situación clínica del paciente lo permita
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Procedimientos/Planes de cuidados

QUÉ	29. GESTIÓN DE CITA PARA: • Oncología Médica
QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Solicitud de Cirujano
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Procedimientos establecidos

QUÉ	30. VALORACIÓN DE LA NECESIDAD Y APLICACIÓN DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO
QUIÉN	Oncólogo Médico, Enfermera, Farmacéutico, Técnico de Farmacia
CUÁNDO	Solicitud de Cirujano
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Planes de cuidados

QUÉ	31. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
QUIÉN	Enfermera de AP, Médico de Familia, Digestólogo, Cirujano, Oncólogo Médico y Radioterápico, Radiólogo, Médico Nuclear
CUÁNDO	Tras el alta
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica/Protocolos/Procedimientos/Planes de cuidados



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
1 Gestión de cita para Médico de Familia/DCCU-AP	<ol style="list-style-type: none">1. Características generales:<ol style="list-style-type: none">a) Unidad de Atención al Usuario accesible.b) Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.c) Con posibilidad de acceder a ella por vía telefónica (con número fácil de recordar, varias líneas telefónicas que disminuyan el tiempo de espera).d) Con posibilidad de acceso via Internet que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta y las posibilidades existentes en tiempo real, para autogestionar la cita.e) Atención personalizada, amable y correcta.f) Registro de datos sin errores administrativos.g) Comprobar la existencia de al menos un teléfono para la localización del paciente en todos los documentos de derivación.2. Demora inferior a 24 horas tras la demanda de asistencia para el Médico de Familia.3. Demora inferior a 15 minutos tras la demanda de asistencia, para el Médico de DCCU-AP.

Médico de Familia/DCCU-AP

Actividades	Características de calidad
2 Valoración por el Médico de Familia (1ª consulta)/DCCU-AP	<ol style="list-style-type: none">1. Consulta de Médico de Familia:<ol style="list-style-type: none">a) Realizar historia clínica y exploración orientadas a la identificación de factores de sospecha de cáncer colorrectal (Anexo 1), o signos y síntomas de cáncer colorrectal complicado.b) Realización de tacto rectal.c) Solicitud de pruebas complementarias, tras la valoración clínica inicial, adecuadas a la sospecha clínica. Deberán incluir, como mínimo: hemograma completo, bioquímica básica y estudio de coagulación.d) Ante la sospecha clínica, diagnóstico cierto o recidiva de cáncer colorrectal se remitirá al paciente al Digestólogo, de acuerdo a los procedimientos consensuados:

- Si el tacto rectal es positivo, la derivación se hará con carácter preferente y el plazo para ser atendido no será superior a 10 días hábiles.
 - En los demás casos, el plazo no será superior a 14 días hábiles.
 - Se adjuntará un informe detallado de la historia clínica, las pruebas complementarias, el juicio diagnóstico y el motivo de derivación.
2. En DCCU-AP:
- a) Realizar la historia clínica y exploración orientadas a la identificación de factores de sospecha de cáncer colorrectal (Anexo 1), o signos y síntomas de cáncer colorrectal complicado.
 - b) Solicitud de pruebas complementarias, tras la valoración clínica inicial, adecuadas a la sospecha clínica. Deberán incluir, como mínimo, hemograma completo, bioquímica básica y estudio de coagulación.
 - c) En caso necesario efectuar tratamiento para estabilizar al paciente según los protocolos clínicos de Urgencias.
 - d) En caso de derivación a otro nivel asistencial se adjuntará un informe detallado de la historia clínica, las pruebas complementarias, el juicio diagnóstico y el motivo de la derivación:
 - Si no se consigue estabilizar al paciente o presenta signos de peritonismo, rectorragia u obstrucción intestinal, se derivará al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital (SCCU-H). La demora en el traslado será inferior a 30 minutos.
 - Cuando no se confirma la sospecha de cáncer colorrectal, se derivará a su Médico de Familia.
 - Ante sospecha clínica, diagnóstico cierto o recidiva de cáncer colorrectal, se remitirá al paciente al Digestólogo, de acuerdo a los procedimientos consensuados:
 - Si el tacto rectal es positivo, la derivación se hará con carácter preferente y el plazo para ser atendido no será superior a 10 días hábiles.
 - En los demás casos, el plazo no será superior a 14 días hábiles.
 - e) La derivación del paciente tanto al SCCU-H, Digestólogo como a su Médico de Familia, irá acompañada de un informe claro y comprensible con datos clínicos, sospecha diagnóstica y, en su caso, tratamiento urgente administrado.
 - f) En cualquier caso, se dará información clara y comprensible al paciente y familiares.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p>3</p> <p>Gestión de cita para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de muestras - Médico de Familia (2ª consulta) o Digestólogo (1ª consulta) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La demora de la cita para la Consulta de Extracciones (extracción de sangre para hemograma completo, bioquímica básica y estudio de coagulación) deberá adaptarse para que el resultado de la analítica esté disponible en 7 días, o antes, desde su solicitud. 2. Siempre que se dé una cita para la Consulta de Extracciones, se deberá informar claramente al paciente, si procede, de las condiciones especiales en las que debe acudir a la consulta. 3. La cita para la 2ª consulta al Médico de Familia nunca se dará más tarde de 7 días hábiles desde la 1ª visita, o desde su solicitud, teniendo en cuenta también que deben estar disponibles los resultados de las pruebas complementarias (para que en esta misma visita puedan ser valorados). 4. En caso de cita con Digestólogo: <ol style="list-style-type: none"> a) Envío del documento de solicitud (P111) junto con un informe de derivación y las exploraciones complementarias efectuadas. b) Gestión de la cita a través de sistema informático u otro alternativo que permita la citación inmediata (llegada de la solicitud al Hospital en menos de 48 horas). c) Comunicación instantánea de la cita al paciente, siempre que el sistema lo permita. d) La demora en Consulta de Digestivo será inferior a 10 días hábiles en los casos preferentes (tacto rectal positivo) e inferior a 14 días hábiles en el resto.

Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>4</p> <p>Toma de muestras</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las muestras de sangre serán obtenidas siempre <i>in situ</i> por un profesional de Enfermería. 2. Se identificarán correctamente las muestras. 3. Existirá un registro diario de los pacientes atendidos en esta consulta, así como de las muestras remitidas al Laboratorio.

Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
5 Valoración del paciente (2ª consulta)	<ol style="list-style-type: none">1. Valoración de la historia clínica, la exploración y los resultados analíticos.2. Ante sospecha clínica, diagnóstico cierto o recidiva de cáncer colorrectal, se remitirá el paciente al Digestólogo, de acuerdo a los procedimientos consensuados:<ol style="list-style-type: none">a) Si el tacto rectal es positivo, la derivación se hará con carácter preferente y el plazo para ser atendido no será superior a 10 días hábiles.b) En los demás casos, el plazo no será superior a 14 días hábiles.c) Se adjuntará un informe detallado donde consten los antecedentes personales, la medicación habitual, la exploración realizada, las pruebas complementarias, el juicio diagnóstico y el motivo de derivación.

Médico del SCCU-H

Actividades	Características de calidad
6 Valoración del paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Realización de historia clínica detallada, recogiendo antecedentes personales y familiares, exploración física completa y tacto rectal.2. En pacientes procedentes de AP, valorar el informe emitido por el Médico de Familia o de Urgencias.3. Cuando sea necesario, efectuar un tratamiento estabilizante de problemas clínicos relacionados según los protocolos de Urgencias.4. Actuaciones en función de la situación clínica:<ol style="list-style-type: none">a) Solicitar consulta con el Cirujano de guardia cuando no se consiga estabilizar al paciente o presente signos de peritonismo u obstrucción.b) Solicitar consulta al Digestólogo de guardia en caso de:<ul style="list-style-type: none">– Rectorragia persistente con Hb < 10 g/dl en mujeres y Hb < 11 g/dl en hombres.– Confirmación de cáncer colorrectal o fuerte sospecha en pacientes con mal estado general o múltiples comorbilidades.5. Informar al paciente, verbal y por escrito, de los datos clínicos, el tratamiento administrado y la sospecha diagnóstica.

6. Se realizará ingreso hospitalario:
 - a) En presencia de signos de abdomen agudo, perforación, peritonismo u obstrucción.
 - b) En presencia de rectorragia persistente con Hb < 10 g/dl en mujeres y Hb < 11 g/dl en hombres.
 - c) En caso de confirmación de cáncer colorrectal o fuerte sospecha en pacientes con mal estado general o múltiples comorbilidades o síndrome constitucional.
7. Seguimiento en Atención Primaria:
 - a) Persiste sospecha de cáncer colorrectal, pero el estado del paciente no requiere ingreso hospitalario hasta que sea atendido por el Digestólogo.
 - b) En caso de no confirmarse sospecha de cáncer colorrectal.
 - c) La derivación a AP irá acompañada de un informe clínico de alta, en el que constarán las actuaciones y el tratamiento realizado, así como las recomendaciones prescritas.
8. En caso de sospecha de cáncer colorrectal el paciente deberá ser atendido por el Digestólogo:
 - a) Si el tacto rectal es positivo, la derivación se hará con carácter preferente y será asistido en un plazo no superior a 10 días hábiles.
 - b) En los demás casos, el plazo no será superior a 14 días hábiles.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">7</p> <p>Gestión de cita para Digestólogo (1ª consulta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Características generales (Actividad 1.1) 2. Los pacientes atendidos en el SCCU-H serán citados con el informe emitido por el Médico de Urgencias. 3. Comunicación instantánea de la cita al paciente siempre que el sistema lo permita. 4. La demora en Consulta Externa de Digestivo será inferior a 10 días en los casos preferentes (tacto rectal positivo) e inferior a 14 días hábiles en el resto.

Digestólogo

Actividades	Características de calidad
8 Valoración del paciente (1ª consulta)	<ol style="list-style-type: none">1. Los pacientes derivados desde AP, SCCU-H u otra consulta de AE deben disponer de un informe detallado donde consten los antecedentes familiares de cáncer colorrectal y factores de riesgo, y una exploración física completa: tacto rectal, pruebas complementarias, juicio diagnóstico y motivo de derivación.2. Si el tacto rectal es positivo, programar una colonoscopia, una biopsia y un estudio de extensión y estadificación preoperatoria: CEA, Rx de tórax, TC abdominal (cáncer de colon) o TC abdominopélvico (cáncer de recto), rectoscopia rígida y ecografía endorrectal.3. Hacer coincidir las pruebas, cuando sea posible, en el mismo día.4. El plazo para la realización de las pruebas debe ser inferior a 10 días hábiles.5. Si el tacto rectal es negativo, solicitar una colonoscopia y esperar el resultado de la misma para solicitar o no otras exploraciones en la segunda visita al Digestólogo.6. Dar a paciente y familiares información clara, comprensible y detallada sobre el diagnóstico y la necesidad de realizar las exploraciones complementarias indicadas, incluyendo riesgos y beneficios.7. En las pruebas que se requiera solicitar el consentimiento informado.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
9 Gestión de cita para: – Colonoscopia – CEA – Rx de tórax – TC abdominal o abdominopélvico – Rectoscopia rígida – Ecografía endorrectal – Digestólogo (2ª consulta)	<ol style="list-style-type: none">1. Características generales (Actividad 1.1).2. Gestionar la cita al finalizar la 1ª consulta con el Digestólogo.3. Demora de la cita inferior a 10 días hábiles, procurando que coincidan en el mismo día.4. Dar la cita verbalmente y por escrito.5. Dar instrucciones por escrito en caso de ser necesaria la preparación intestinal.6. La cita para la 2ª visita con el Digestólogo debe programarse entre 5 y 7 días hábiles después de la realización de la colonoscopia ya que ésta lleva implícita la realización de una biopsia y se requiere un mínimo de tiempo para que esté disponible el resultado.

Actividades	Características de calidad
<p>10</p> <p>Realización de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colonoscopia - CEA - Rx de tórax - TC abdominal o adbominopélvico - Rectoscopia rígida - Ecografía endorrectal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colonoscopia: <ol style="list-style-type: none"> a) Recepción y cuidados del paciente antes, durante y después de la exploración por la Enfermera de endoscopia: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del paciente según protocolo de recepción (alergias, comorbilidad, etc.). - Minimizar la ansiedad previa a la exploración. - Monitorización continua durante la colonoscopia y cuidados en la sala de recuperación según protocolo. - Sedación y/o analgesia según protocolo. - Mantenimiento periódico del carro de parada. b) Se realizará según técnica adecuada y protocolos de la unidad. c) Sedación, para minimizar la ansiedad y el dolor. d) Proceder a una limpieza adecuada del colon que permita un estudio satisfactorio. e) Obtener siempre una biopsia preoperatoria de lesiones sospechosas para un estudio anatomopatológico (Grado de recomendación C). f) Limpieza, desinfección y controles de calidad del material de endoscopia. 2. Antígeno carcinoembrionario: <ol style="list-style-type: none"> a) Disponer del resultado en menos de 15 días y, en todo caso, antes de la derivación al Servicio de Oncología. b) Realizar controles de calidad de las determinaciones de CEA. 3. Rx de tórax y TC: <ol style="list-style-type: none"> a) Según técnica apropiada. b) Es necesario conocer el rendimiento diagnóstico de la radiología y TC (correlación de la estadificación pre y post-operatoria) 4. Rectoscopia rígida: <ol style="list-style-type: none"> a) Será realizada por el Cirujano en el caso de neoplasias a 15 cm o menos del margen anal. b) Se informará previamente al paciente sobre la exploración. c) Se realizará en posición de Sims o genupectoral, según técnica apropiada. d) Se emitirá un informe sobre los hallazgos y la distancia exacta al margen anal desde el límite inferior de la tumoración.

5. Ecografía endorrectal:

- a) En caso de tumores a 15 cm o menos del margen anal que pueden ser candidatos a radioterapia preoperatoria.
- b) Se informará previamente al paciente sobre la exploración.
- c) Se realizará en posición de Sims, según técnica apropiada.
- d) Hacer tacto rectal previo.
- e) Se emitirá informe sobre los hallazgos, la profundidad de invasión y la presencia de ganglios afectados. Características de afectación de ganglios.
- f) Es necesario conocer el rendimiento diagnóstico de la ecografía (correlación de la estadificación pre y postoperatoria).

Digestólogo

Actividades	Características de calidad
<p>11 Valoración del paciente (2ª consulta)</p>	<ul style="list-style-type: none">1. Valoración del resultado de la colonoscopia y biopsia cuando el tacto rectal fue negativo. En caso de confirmación de cáncer colorrectal hay que solicitar el estudio de extensión y estadificación preoperatorio: CEA, Rx tórax, TC abdominal o abdominopélvico, rectoscopia rígida y ecografía endorrectal en los casos que proceda.2. Valoración de los resultados de las exploraciones solicitadas en la primera visita cuando el tacto rectal fue positivo.3. Cualquier tumor rectal cuyo margen distal se encuentre a 15 cm o menos del margen anal mucocutáneo utilizando un rectoscopio rígido debe ser clasificado como rectal (Grado de recomendación C).4. Dar al paciente y familiares información clara, comprensible y detallada sobre el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas.5. Realizar informe de alta/derivación:<ul style="list-style-type: none">a) En caso de confirmación de CCR, realización de informe clínico de derivación a Cirugía, en el que figuren, además del diagnóstico, las comorbilidades y el resultado de las pruebas complementarias realizadas.b) En caso de no confirmarse la sospecha de CCR, realización de informe clínico de derivación a Atención Primaria en el que figuren el diagnóstico, el resultado de las exploraciones complementarias realizadas, los cuidados necesarios y el tratamiento oportuno, así como si precisa revisión en consulta especializada.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p>12</p> <p>Gestión de cita para:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cirujano (1ª consulta) o- Pruebas complementarias<ul style="list-style-type: none">• CEA• Rx tórax• TC abdominal o adbominopélvico• Rectoscopia rígida• Ecografía endorrectal- y Digestólogo (3ª consulta)	<ol style="list-style-type: none">1. Características generales (Actividad 1.1)2. En los casos de pacientes con indicación de cirugía se programará la cita para la Consulta de Cirugía para antes de una semana.3. Los pacientes que requieran estudio de extensión y estadiificación preoperatorio, tras la confirmación de cáncer colorrectal en la 2ª consulta, deben ser citados para la realización de pruebas complementarias en un plazo inferior a 10 días hábiles, procurando que coincidan en el mismo día.4. Dar la cita verbalmente y por escrito.5. Dar por escrito las instrucciones de la preparación intestinal necesaria.6. La cita para la 3ª consulta con el Digestólogo debe programarse en un periodo de tiempo suficiente para disponer de los resultados de las pruebas complementarias solicitadas.

Digestólogo/Analista/Radiólogo/Cirujano

Actividades	Características de calidad
<p>13</p> <p>Realización de:</p> <ul style="list-style-type: none">- CEA- Rx tórax- TC abdominal o adbominopélvico- Rectoscopia rígida- Ecografía endorrectal	<ol style="list-style-type: none">1. Colonoscopia:<ol style="list-style-type: none">a) Recepción y cuidados del paciente antes, durante y después de la exploración por la enfermera de endoscopia:<ul style="list-style-type: none">- Evaluación del paciente según protocolo de recepción (alergias, comorbilidad, etc.).- Minimizar la ansiedad previa a la exploración.- Monitorización continua durante la colonoscopia y cuidados en la sala de recuperación según protocolo.- Sedación y/o analgesia según protocolo.- Mantenimiento periódico del carro de parada.b) Se realizará según técnica adecuada y protocolos de la unidad.c) Sedación, para minimizar la ansiedad y el dolor.d) Proceder a limpieza adecuada del colon que permita un estudio satisfactorio.e) Obtener siempre biopsia preoperatoria de lesiones sospechosas para estudio anatomopatológico (Grado de recomendación C).f) Limpieza, desinfección y controles de calidad del material de endoscopia.2. Antígeno carcinoembrionario:<ol style="list-style-type: none">a) Disponer del resultado en menos de 15 días y, en todo caso, antes de la derivación al Servicio de Oncología.

	<p>b) Realizar controles de calidad de las determinaciones de CEA.</p> <p>3. Radiografía de tórax y TC:</p> <p>a) Según técnica apropiada.</p> <p>b) Es necesario conocer el rendimiento diagnóstico de la radiología y TC (correlación de la estadificación pre y post-operatoria)</p> <p>4. Rectoscopia rígida:</p> <p>a) Será realizada por el Cirujano en el caso de neoplasias a 15 cm o menos del margen anal.</p> <p>b) Se informará previamente al paciente sobre la exploración.</p> <p>c) Se realizará en posición de Sims o genupectoral, según técnica apropiada.</p> <p>d) Se emitirá informe sobre los hallazgos y la distancia exacta al margen anal desde el límite inferior de la tumoración.</p> <p>5. Ecografía endorrectal:</p> <p>a) En caso de tumores a 15 cm o menos del margen anal que pueden ser candidatos a radioterapia preoperatoria.</p> <p>b) Se informará previamente al paciente sobre la exploración.</p> <p>c) Se realizará en posición de Sims, según técnica apropiada.</p> <p>d) Hacer tacto rectal previo.</p> <p>e) Se emitirá informe sobre los hallazgos, la profundidad de invasión y la presencia de ganglios afectados. Características de afectación de ganglios.</p> <p>f) Es necesario conocer el rendimiento diagnóstico de la ecografía (correlación de la estadificación pre y post-operatoria).</p>
--	---

Digestólogo

Actividades	Características de calidad
<p>14 Valoración del paciente (3ª consulta)</p>	<p>1. Valorar los resultados obtenidos en las pruebas complementarias solicitadas en la 2ª consulta para un estudio de extensión y estadificación.</p> <p>2. Dar a paciente y familiares información clara, comprensible y detallada sobre el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas.</p> <p>3. Realizar un informe clínico de derivación a Cirugía, en el que figuren, además del diagnóstico, las comorbilidades y el resultado de las exploraciones complementarias realizadas.</p>

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p>15 Gestión de cita para Cirujano (1ª consulta)</p>	<p>1. Características generales (Actividad 1.1)</p> <p>2. Cita para la Consulta de Cirugía en menos de una semana.</p>

Cirujano	
Actividades	Características de calidad
<p>16 Valoración del paciente (1ª consulta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los pacientes afectados por un cáncer colorrectal deben ser valorados por un Cirujano (Grado de recomendación B). 2. Realizará una evaluación integral del plan de tratamiento. 3. Identificará a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de radioterapia preoperatoria (Grado de recomendación C). 4. Proporcionará información clara y exhaustiva de las posibilidades terapéuticas, del pronóstico y de las posibles complicaciones derivadas del tratamiento: <ol style="list-style-type: none"> a) La información será verbal y escrita con un documento de consentimiento informado. b) La información debe ser exhaustiva y adaptada al nivel cultural del paciente. c) Debe existir disponibilidad para aclarar cualquier duda en el momento y en el futuro. 5. Estrategia terapéutica según protocolos establecidos: <ol style="list-style-type: none"> a) Indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> – Solicitar evaluación preoperatoria preanestésica. – Efectuar la inclusión en el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ). – La intervención debe efectuarse en un plazo no superior a 15 días desde la aceptación por el paciente. – En caso de radioterapia preoperatoria se ajustará la intervención a los plazos previstos dependientes del tipo de radioterapia y ciclo corto o largo. b) Oncología radioterápica: en caso de tumores de recto uT3, uT4 y/o uN+, para valorar tratamiento neoadyuvante preoperatorio. c) Oncología Médica: en caso de no existir indicación quirúrgica para valorar tratamiento paliativo.

Unidad de Atención al Usuario de AE	
Actividades	Características de calidad
<p>17 Gestión de cita para: – Estudio preanestésico, u – Oncología Médica y/o Radioterápica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Características generales (Actividad 1.1) 2. Estudio preanestésico: debe realizarse en un plazo inferior a 7 días hábiles desde que se establece la indicación quirúrgica y la aceptación por el paciente y, preferentemente, en una única visita. 3. La cita para la consulta de Oncología Médica y/o Radioterápica debe ser inferior a una semana.

4. La solicitud de cita para el Servicio de Oncología Radioterápica debe incluir el informe de cirugía en el que se describan las características del tumor y su extensión.

Oncólogo de Radioterapia

Actividades	Características de calidad
<p>18 Valoración del paciente candidato a tratamiento neoadyuvante</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de historia clínica y valoración del estado del paciente (historia clínica común para todos los profesionales del proceso). 2. Disponibilidad de todas las pruebas en la primera visita del paciente. Solicitud de pruebas diagnósticas adicionales que se requieran, evitando la duplicidad. 3. Clasificación por estadios. AJCC/UICC año 2002. Valoración del tipo y extensión de la enfermedad. 4. Información al paciente de su situación, pronóstico y opciones terapéuticas. Explicación de las características del tratamiento radioterápico. Explicación verbal de los beneficios y la toxicidad del tratamiento. Dar recomendaciones higiénico-dietéticas. 5. Obtención del consentimiento informado. 6. Presentación, discusión y decisión de tratamiento radioterápico preoperatorio, en sesión clínica del servicio y, si procediera, en sesión multidisciplinar y/o Comisión de Tumores (tras la valoración inicial del paciente): <ol style="list-style-type: none"> a) Circuito de comunicación con Radiofísica hospitalaria consensuado y por escrito. b) Circuito de comunicación con el Servicio de Oncología Médica, consensuado y por escrito. c) Circuito de comunicación con el Servicio de Cirugía y/o Unidad de Digestivo, consensuado y por escrito. d) Sesiones clínicas multidisciplinarias. Discusión colegiada de casos fuera de protocolo. e) Comisión de Tumores. f) Protocolos diagnósticos, terapéuticos y técnicos con actualización mínima anual. 7. Decisión de tratamiento radioterápico preoperatorio: <ol style="list-style-type: none"> a) En tumores rectales uT3 y/o N+: <ul style="list-style-type: none"> – Opcional: esquema corto (5Gy x 5) o largo (45-50 Gy). – Si se utiliza el esquema largo, valorar quimioterapia concomitante (5FU en infusión continua). b) En tumores rectales uT4 y uT3 muy voluminosos: Radioquimioterapia preoperatoria, (45-60Gy + 5 FU infusión continua).

Actividades	Características de calidad
<p>19 Tratamiento radioterápico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Localización de volúmenes que se deben irradiar y proteger, tras la obtención de imágenes radiológicas por TC, en la sala de simulación/localización del Servicio de Oncología Radioterápica, según protocolo terapéutico consensuado. 2. Elaboración del plan de irradiación, tras la delimitación de los volúmenes que irradiar y proteger, realizando prescripción provisional, cálculo, optimización y prescripción definitiva. Técnica conformada de 3 o 4 campos en decúbito prono. Energía igual o mayor de 6 Mv. Dosis y fraccionamiento según el esquema terapéutico elegido. 3. Verificación del tratamiento radioterápico, previo al inicio del tratamiento y periódicamente durante éste, obteniendo imágenes portales y contrastando las imágenes obtenidas con las de la prescripción definitiva. Revisar semanalmente la ficha terapéutica. 4. Oncólogo Radioterápico: <ol style="list-style-type: none"> a) Establece la indicación de tratamiento radioterápico. Los protocolos diagnósticos, terapéuticos y técnicos deben ser actualizados, al menos, anualmente. b) Diseña, planifica, coordina, controla y valora el resultado del tratamiento. c) Cumplimiento del RD 1566/98 donde se establecen los criterios de calidad en Radioterapia. d) Circuito de derivación de pacientes establecido ante averías prolongadas. e) Controla el tratamiento con una periodicidad mínima semanal durante su aplicación, valorando la respuesta, las reacciones secundarias y la evolución del paciente. Debe usar escalas de toxicidades estandarizadas y registrar las mismas. f) Efectúa el seguimiento y controla la toxicidad tardía. g) Valora los requerimientos de apoyo psicológico. h) Realiza la evaluación final del tratamiento radioterápico y emite el informe final. i) Tras la finalización del tratamiento preoperatorio, y antes de 48 horas, debe enviar al Servicio de Cirugía un informe clínico que incluya la descripción del tratamiento radioterápico efectuado. 5. TER: <ol style="list-style-type: none"> a) Realización de la TC u otros procedimientos de adquisición de imágenes anatómicas. Protocolos técnicos actualizados. b) Explicar al paciente el procedimiento.

- c) Fabricación de protecciones personalizadas y sistemas de inmovilización. Cumplimiento del RD 1566/98 donde se establecen los criterios de calidad en Radioterapia.
 - d) Verificación del tratamiento en las unidades de irradiación.
 - e) Aplicación del tratamiento. Cumplimiento del RD 1566/98 donde se establecen los criterios de calidad en Radioterapia, reproduciendo los parámetros de irradiación y posicionamiento contenidos en el informe dosimétrico y ficha de tratamiento.
6. Radiofísico:
 - a) Lleva a cabo la planificación geométrica y dosimétrica, el cálculo dosimétrico, la optimización del plan de irradiación y la revisión periódica del tratamiento:
 - b) Cumplimiento del RD 1566/98 donde se establecen los criterios de calidad en Radioterapia.
 - c) Circuito de comunicación con el Servicio de Oncología radioterápica consensuado y por escrito.
 - d) Protocolos de transmisión de datos, simulación y planificación.
 - e) Sesiones clínicas multidisciplinares.
 7. Auxiliar de Enfermería de Oncología Radioterápica:
 - a) Preparación de las consultas, recepción del paciente, apoyo al facultativo.
 8. Enfermera de la Unidad de Irradiación:
 - a) Información del tratamiento.
 - b) Protocolos de cuidados estandarizados escritos y actualizados.
 - c) Impresos informativos comprensibles.
 - d) Cuidados de la piel y recomendaciones dietéticas. Impresos informativos comprensibles. Los cuidados de Enfermería serán diarios o semanales, según toxicidad.
 - e) Valoración diaria, durante el tratamiento, de cualquier cambio acontecido en el paciente, avisando al facultativo responsable.

Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">20</p> <p>Evaluación anestésica preoperatoria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El estudio preanestésico se realizará cuando exista indicación quirúrgica, y se aplicarán los tratamientos oportunos que minimicen el riesgo quirúrgico. 2. Se solicitará consentimiento informado. 3. Se remitirá informe del estudio preanestésico, con valoración del riesgo quirúrgico, al Servicio de Cirugía.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p>21 Gestión de ingreso del paciente para tratamiento quirúrgico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La orden del ingreso se hará en un documento específico y se debe cumplimentar, sin errores de identificación, antes de las 24 horas del ingreso. 2. La comunicación al paciente de la fecha/hora del ingreso se hará tanto por escrito como de forma verbal (telefónicamente), al menos 72 horas antes del ingreso. 3. El registro de datos administrativos será informatizado, y no deberá provocar demora excesiva, por lo que la adjudicación de cama se hará en menos de 15 minutos. 4. Trato amable y correcto.

Enfermera/Auxiliar

Actividades	Características de calidad
<p>22 Ingreso del paciente para tratamiento quirúrgico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las órdenes de preparación al ingreso, fijadas en el protocolo específico, deberán estar recogidas en la "Hoja de órdenes de Tratamiento" de la historia clínica y dispuestas al ingreso del paciente, de tal forma que permita un manejo adecuado de la misma por parte de Enfermería al ingreso. 2. El personal de Enfermería debe realizar las siguientes actividades: <ol style="list-style-type: none"> a) Al ingreso y en el área de hospitalización se deberá revisar y ordenar los documentos de la historia clínica, así como aplicar el Plan de Acogida de Pacientes que permitirá la evaluación de Enfermería. b) Entrevista al paciente y a la familia con preguntas abiertas y cerradas. c) Verificar su inclusión en el parte quirúrgico. d) Revisar la historia clínica: estudio preoperatorio, ECG, Rx de tórax, conformidad del Anestesiólogo, etc. e) Solicitar pruebas cruzadas.
<p>23 Preparación del paciente: – Mecánica del colon – Quirúrgica preoperatoria – Valoración del emplazamiento del posible estoma</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparación mecánica del colon (Anexo 4): Se efectuará 24 horas antes de la intervención, en el área de hospitalización y siguiendo las normas del protocolo específico (Grado de recomendación C), atendiendo a criterios de máxima efectividad, confortabilidad y rapidez. 2. Preparación quirúrgica preoperatoria (Anexo 5): <ol style="list-style-type: none"> a) La preparación del campo quirúrgico se efectuará en el área de hospitalización 1 hora antes del traslado a quirófano y siguiendo las normas del protocolo específico.

- b) Verificar la preparación del campo y retirada de prótesis, gafas, joyas,...
 - c) Instaurar terapia intravenosa.
 - d) Profilaxis antibiótica (Anexo 6):
 - La profilaxis antibiótica se efectuará durante la inducción anestésica, en quirófano, y siguiendo las normas del protocolo específico.
 - Una sola dosis i.v. preoperatoria con los antibióticos adecuados puede ser suficiente (Grado de recomendación A).
 - e) Profilaxis tromboembólica (Anexo 7):
 - La profilaxis tromboembólica se efectuará la noche anterior a la cirugía, en el área de hospitalización y siguiendo las normas del protocolo específico, salvo que exista contraindicación (Grado de recomendación A).
 - f) Los enfermos sometidos a cirugía por cáncer colorrectal deberán tener sangre cruzada y reservada, salvo renuncia expresa del paciente (Grado de recomendación A).
3. Valoración del emplazamiento del posible estoma:
- a) El paciente que pueda requerir la realización de un estoma será visto con la suficiente antelación para la preparación física y psicológica (Grado de recomendación C).
 - b) Se valorará el emplazamiento del estoma individualizado a las circunstancias de cada paciente:
 - El día antes de la intervención en el área de hospitalización, se procederá a elegir y marcar el lugar ideal para la localización del estoma, evitando prominencias, cicatrices, pliegues cutáneos o zonas donde la piel presente alteraciones como dermatitis (Anexo 11).
 - Conjuntamente con el marcaje del sitio del estoma, se procederá a aportar información sobre el mismo y su manejo a paciente y familiares.

Anestesiólogo, Cirujano, Enfermera, Auxiliar

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">24</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El traslado del paciente al quirófano no deberá ser superior a 10 minutos desde la petición. 2. Procedimiento quirúrgico (Anexos 2 y 3): <ol style="list-style-type: none"> a) Es deseable que el tiempo entre el diagnóstico y la intervención no sea superior a 4 semanas (Grado de recomendación B).

- b) El cáncer colorrectal debe ser operado por cirujanos con formación y experiencia adecuadas (Grado de recomendación B).
 - c) La excisión endoanal sólo se considerará curativa en cáncer de recto uT1 bien o moderadamente diferenciado (Grado de recomendación B).
 - d) La cirugía laparoscópica en cáncer colorrectal debe realizarse por cirujanos expertos en este tipo de cirugía, con adecuada formación en cirugía colorrectal y dentro de estudios prospectivos (Grado de recomendación B).
 - e) El índice global de resecciones curativas tenderá a ser del 60%, aunque esto dependerá del estadio tumoral en que se presenten los pacientes (Grado de recomendación B).
 - f) En cirugía de urgencia se debe intentar, siempre que sea posible, resecciones curativas definitivas (Grado de recomendación C).
 - g) La realización de un estoma debería llevarse a cabo sólo en beneficio de los intereses del paciente, y no como resultado de una falta de experiencia (Grado de recomendación B).
 - h) En caso de anastomosis ultrabajas se recomienda el uso de estoma temporal defuncionante, pudiendo considerarse la realización de un reservorio colónico en J de 5-7 cm de longitud. También debería lavarse el muñón anorrectal con algún agente citocida (povidona yodada) antes de la anastomosis (Grado de recomendación B).
 - i) Se recomienda la escisión total del mesorrecto en tumores del tercio medio e inferior del recto, tanto si se realiza una resección anterior como una resección abdominoperineal. En tumores del tercio superior, el mesorrecto deberá extirparse al menos unos 5 cm por debajo del margen distal del tumor. Se debe evitar lesionar los nervios y plexos autónomos pélvicos evitando también la perforación intraoperatoria del tumor (Grado de recomendación B).
 - j) Siempre que pueda conseguirse un margen distal sano de 2 cm respecto al tumor, los factores locales lo permitan, y la neoplasia sea bien o moderadamente diferenciada, se recomienda realizar resección anterior (Grado de recomendación B).
3. Anestesiólogo:
- a) El procedimiento anestésico se realizará según protocolo específico procurando evitar la hipotermia, mantener

- la estabilidad hemodinámica y favorecer la hiperoxigenación intraoperatoria del enfermo.
- b) Se procederá al despertar del paciente en el propio quirófano y según protocolo específico.
 - c) Al finalizar la intervención, se procederá al traslado del paciente a la sala de reanimación. Durante el mismo se observarán todas las normas de seguridad que exige el protocolo específico de traslados de pacientes.
4. Remisión de piezas a Anatomía Patológica (Anexo 8):
- a) Todas las piezas deben ser remitidas para un estudio anatomopatológico.
 - b) La remisión de piezas a Anatomía Patológica se hará en un documento específico y cumplimentado en su totalidad. En todo momento se observará el máximo cuidado con la pieza, conservación y traslado; para ello, se seguirán las recomendaciones protocolizadas.
 - c) La demora entre el momento de la extracción de la muestra y la entrega en el Servicio de Anatomía Patológica debe ser inferior a 24 horas, excepto en fines de semana. En los casos excepcionales, en los que no sea posible la llegada de la pieza al Servicio de Anatomía Patológica en menos de 24 horas, deben tomarse las medidas necesarias para su correcta conservación.
 - d) La muestra debe estar correctamente identificada tanto en el informe de petición como en el recipiente que la contiene. Se detallará claramente el número de recipientes que componen la muestra y todos los recipientes deben estar correctamente identificados con los datos de filiación, así como la localización de la muestra. El fijador debe ser el adecuado y el recipiente debe estar convenientemente cerrado.
5. Enfermera de quirófano:
- a) La colocación del paciente se realizará antes de iniciarse la intervención quirúrgica en quirófano, siguiendo las normas del protocolo específico.
 - b) El soporte a Anestesia, la instrumentación y la circulación intraoperatorias, se realizarán durante la intervención quirúrgica, en quirófano, siguiendo las normas del protocolo específico.
 - c) Los cuidados de Enfermería al despertar y la reanimación se efectuarán en quirófano y sala de reanimación, según las indicaciones del Anestesiólogo, procurando en todo momento una monitorización adecuada.

6. Información a familiares (Cirujano y Anestesiólogo). Tras la intervención quirúrgica y cuando el paciente se encuentre estable en la sala de reanimación, se informará verbalmente a los familiares, en la sala de información del área quirúrgica, con amabilidad, sinceridad y de forma comprensible.

Anatomopatólogo, Técnico de Anatomía Patológica

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">25</p> <p>Estudio de las muestras</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnico especialista en Anatomía Patológica <ol style="list-style-type: none"> a) Recepcionará, identificará y registrará el espécimen (biopsia endoscópica, polipectomía, pieza quirúrgica, biopsia intraoperatoria, citología/punción de la lesión sospechosa de metástasis). b) Comprobará que todas las solicitudes vienen correctamente cumplimentadas y los datos y localizaciones corresponden a las muestras recibidas. c) Comprobará que las muestras están en el fijador adecuado. d) Incluirá muestras para: procesado automático, realización de bloques, cortes, tinción y técnicas especiales. e) Procederá al registro de la petición y de la muestra. 2. Anatomopatólogo (Anexo 9). <ol style="list-style-type: none"> a) Realizará una descripción macroscópica, tallado y procesado de la muestra. b) Realizará una auditoría de la calidad de la resección quirúrgica mediante el análisis macroscópico de la pieza. Esta auditoría tiene como objetivo evaluar el pronóstico (RO o R1) y proporcionar información al Cirujano sobre los márgenes de resección. c) El informe de Anatomía Patológica (Anexo 10) debe remitirse al servicio peticionario en un plazo máximo de 7 días desde la recepción de la muestra, en un documento específico y protocolizado que recoja todos los factores pronósticos que sean significativos en estudios de alto nivel de evidencia (Grado de recomendación B).

Anestesiólogo, Intensivista, Enfermera, Auxiliar

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">26</p> <p>Control post-operatorio del paciente en reanimación y/o UCI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La reanimación se realizará según las indicaciones del Anestesiólogo o Intensivista, procurando en todo momento una monitorización adecuada.

Cirujano, Enfermera/Auxiliar

Actividades	Características de calidad
<p>27 Control post-operatorio del paciente en planta de cirugía</p>	<ol style="list-style-type: none">1. El paciente debe ser evaluado diariamente durante la hospitalización. Se le realizará un examen físico completo, valorando los síntomas, signos y analizando las incidencias de Enfermería, prestando especial interés a las posibles complicaciones. La evaluación quedará reflejada, diariamente, en la Hoja de Evolución de la historia clínica al igual que las Órdenes de Tratamiento.2. Se informará de la evolución al paciente y los familiares, diariamente, al finalizar la visita programada en hospitalización, a una hora previamente fijada, que será conocida por los familiares al ingreso, y en una dependencia que permita un trato personalizado y correcto.3. Se proporcionarán los cuidados post-operatorios, siguiendo el Plan de Cuidados de Enfermería y las instrucciones efectuadas por el personal facultativo responsable del paciente.4. Se procurará garantizar el bienestar, la comodidad y la satisfacción de las necesidades de los pacientes siempre que no se entre en colisión con los cuidados necesarios y las prescripciones médicas.5. Se realizará la limpieza del estoma, los cuidados de la piel periestomal, la colocación de la bolsa, con vigilancia y control diario. Conjuntamente, se irá instruyendo al paciente y/o familiares sobre los cuidados y el manejo que éste requiere, con un lenguaje sencillo, claro y comprensible, que abarque aspectos básicos como dieta, tipos y manejo de dispositivos, higiene, ejercicio, trabajo, vida social, sexualidad, etc.; con el objetivo de que, al alta, el paciente sea autosuficiente o, en su defecto, lo sea el familiar responsable.6. Instruir asimismo sobre el régimen terapéutico en el post-operatorio. Explicar las medidas para evitar el estreñimiento o aquéllas que se deben seguir en caso de diarrea.7. Derivación del paciente para tratamiento adyuvante.

Cirujano, Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>28 Alta hospitalaria del paciente</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Cuando las condiciones lo permitan, según criterio del Cirujano, se procederá al alta del paciente, cumplimentando el informe de alta. Las instrucciones deberán ser claras y concisas, tanto para el paciente como para el Médico de

- Familia. En él deberán estar recogida las citas para la revisión en Consultas Externas y para el tratamiento adyuvante. Se adjuntarán al informe las primeras recetas prescritas.
2. Se especificarán en el informe de alta las características técnicas de los dispositivos que se van a utilizar en el estoma, y se prescribirá la medicación necesaria relacionada.
 3. Se elaborará y entregará el informe de alta hospitalaria definitivo, por el Cirujano General, a las 24 horas de disponer del informe de Anatomía Patológica.
 4. El informe de alta debe contener como mínimo:
 - a) Antecedentes personales y familiares relacionados con factores de riesgo para cáncer colorrectal.
 - b) Diagnóstico principal. Diagnósticos secundarios, comorbilidades y complicaciones.
 - c) Técnica quirúrgica empleada, distancia de anastomosis al margen anal. Estadificación preoperatoria y postoperatoria AJCC/UICC 2002.
 - d) Informe de Anatomía Patológica con indicación de la profundidad de la extensión en pared pT, número de ganglios analizados y afectados pN y afectación de márgenes terminales y radiales en caso de cáncer de recto.
 - e) Existencia de un tratamiento neoadyuvante si lo hubo. Valoración de necesidad de un tratamiento adyuvante post-operatorio.
 - f) Cita en Consulta Externa de Cirugía General para una revisión inicial.
 - g) Cita en Consulta Externa de Digestivo para el seguimiento de neoplasias y pólipos metacrónicos (Anexo 14).
 - h) Cita para Oncología Médica y/o Radioterápica en caso de plantearse tratamiento adyuvante.
 5. Se enviará el informe de alta en formato electrónico al Médico de Familia cuando técnicamente sea posible.
 6. Se elaborará y entregará un informe de cuidados de Enfermería que incluya: resumen de la valoración inicial, problemas más significativos y cuidados facilitados, problemas sujetos a reevaluación, educación para la salud, equipos suministrados y recursos comunitarios con los que se haya contactado.
 7. Se enviará el informe de alta de Enfermería en formato electrónico a la Enfermera de AP cuando técnicamente sea posible.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
29 Gestión de cita para: Oncología Médica	<ol style="list-style-type: none">1. Facilitar al paciente los trámites de solicitud de pruebas complementarias.2. Comunicación de la cita en un tiempo máximo de 24 horas desde que se recibe la solicitud, verbalmente, por fax, teléfono o correo electrónico.3. Se procurará incluir la fecha de citación en el informe de alta del paciente.

Oncólogo Médico, Enfermera, Farmacéutico, Técnico de Farmacia

Actividades	Características de calidad
30 Valoración de la necesidad y aplicación de tratamiento quimioterápico	<ol style="list-style-type: none">1. Oncólogo Médico:<ol style="list-style-type: none">a) Elaboración de historia clínica (anamnesis y exploración) común para todos los profesionales del proceso.b) En el momento de la primera visita disponer de las pruebas realizadas para evaluación. Solicitar pruebas complementarias necesarias para completar la estadificación evitando duplicidades.c) Clasificación por estadios (TNM/UICC, última edición).d) Planificación de tratamiento y seguimiento.e) Informar al paciente y familiares sobre el tipo de tratamiento quimioterápico y duración del mismo, en el momento de sentar su indicación; explicando las ventajas del tratamiento, las toxicidades inmediatas o tardías, y el manejo de las mismas. Solicitar consentimiento informado.f) Información sobre citotóxicos y antieméticos usados.g) Consejos sobre alimentación, cuidados personales, actividad física, ritmo de vida; para mejorar la calidad de vida del paciente.h) Derivación al Hospital de Día de Oncología para el tratamiento, coordinando y gestionando la cita con los servicios implicados (Anestesia, Radioterapia, Cirugía), para evitar demoras.i) Valoración y tratamiento de toxicidades durante el curso del tratamiento. Se hará en Consulta Externa de Oncología o planta de hospitalización cuando el estado general del enfermo lo requiera.j) Informar sobre la posibilidad de consejo genético en casos determinados.k) Valoración de respuesta al tratamiento quimioterápico al finalizar el esquema del tratamiento prescrito. En Consulta Externa de Oncología.

- l) Indicación y administración del tratamiento quimioterápico en cáncer de colon: En estadios II con factores de alto riesgo de recidiva (T4, perforación, obstrucción, indiferenciado, invasión neural/linfática), y estadios III, utilizar 5 FU modulado con leucovorin (Grado de recomendación A).
 - m) Indicación y administración de tratamiento quimioterápico en cáncer de recto: En todos los estadios II y III, utilizar 5 FU modulado con leucovorin (Grado de recomendación A).
 - n) De elección 5 FU en infusión continua durante la concomitancia con la radioterapia.
2. Enfermera:
 - a) Recepción de los pacientes en la sala de quimioterapia.
 - b) Explicación al paciente de los pasos que debe seguir durante la administración del tratamiento.
 - c) Canalización de vía venosa.
 - d) Vigilar posibles extravasaciones.
 - e) Instauración del tratamiento pautado.
 3. Farmacéutico:
 - a) Control de los citostáticos y organización en la preparación
 - b) Control de calidad de las preparaciones.
 4. Técnico de farmacia:
 - a) Preparación de citostáticos según pautas habituales o las indicadas expresamente por el médico.
 - b) Control de calidad de las indicaciones.

Enfermera de AP, Médico de Familia, Digestólogo, Cirujano, Oncólogo Médico y Radioterápico, Radiólogo, Médico Nuclear

Actividades	Características de calidad
<p>31 Seguimiento del paciente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermera de Atención Primaria: <ol style="list-style-type: none"> a) Seguimiento tras el alta hospitalaria: <ul style="list-style-type: none"> - Control de la herida quirúrgica de forma precoz, siguiendo todas las medidas de asepsia en las curas. - Seguir un plan de educación para la salud estructurado, utilizando un lenguaje claro y comprensible para el paciente y los familiares. - En paciente con estoma: <ul style="list-style-type: none"> - Procurar los cuidados necesarios del estoma: limpieza, cuidados de la piel periestomal, colocación de bolsa. - Instruir sobre el régimen terapéutico que se ha de seguir en el post-operatorio, insistiendo en la dieta. - Explicar medidas para evitar el estreñimiento, o aquellas que se deben seguir en caso de diarrea.

- Control de la evolución del estado general del paciente, estado del estoma, idoneidad del dispositivo que lleva.
 - Plan de educación para la salud estructurado, valorando el grado de independencia para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), estado físico y psíquico y grado de cumplimiento del régimen terapéutico.
 - Registro de toda la información aportada por el paciente.
 - Adiestrar en otras técnicas como irrigación y uso del obturador si es el caso.
2. Médico de Familia:
- a) Seguimiento de enfermos operados de cáncer de colon que no requieren tratamiento quimioterápico (Estadio II sin factores de riesgo):
- Solicitud de antígeno carcinoembrionario, cada tres meses, durante los tres primeros años y, anualmente, durante dos años más.
 - En caso de que el CEA > 5 ng/ml, repetir la determinación al mes; si continua elevado, remitir con carácter preferente a la Consulta de Cirugía.
 - Ante sospecha clínica de recidiva, se remitirá de forma preferente a la Consulta de Cirugía.
 - Remitir anualmente a la Consulta de Cirugía, aportando los valores del CEA realizados durante este periodo de tiempo.
3. Digestólogo:
- a) Pacientes operados de cáncer colorrectal para la detección de pólipos y tumores metacrónicos:
- Informar al paciente sobre el programa de seguimiento colonoscópico.
 - Al ser pacientes de riesgo elevado (susceptibilidad de 0,6% a 9% para tumores metacrónicos, y de 6% a 40% para pólipos metacrónicos), deben ser revisados en los seis primeros meses tras la intervención quirúrgica para un seguimiento endoscópico.
 - Si no se había realizado previamente una colonoscopia completa, debe realizarse en los seis meses siguientes a la intervención.
 - Si se había realizado previamente una colonoscopia completa, y ésta era limpia, repetirla al año de la intervención y a los tres años de la anterior colonoscopia, si ésta resultó limpia. Posteriormente, cada cinco años hasta los 70/75 años.

4. Cirujano:

- a) Pacientes operados de cáncer de colon que no reciben tratamiento quimioterápico (Estadio II, sin factores de riesgo)
- Revisión del paciente al mes tras el alta hospitalaria, para la valoración del resultado funcional, e información sobre el tipo de seguimiento personalizado.
 - Remitir al Médico de Familia con el informe completo del tratamiento realizado e instrucciones escritas del seguimiento en AP.
 - Evaluación anual durante 5 años:
 - Anamnesis y exploración clínica. Valoración funcional.
 - Búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Solicitud de TC abdominal. La sensibilidad para detectar metástasis hepáticas menores de 1 cm es del 20% para la ecografía y > 50% para la TC.
 - Análisis de la evolución del CEA. La petición de CEA se apoya en las recomendaciones de la ASCO de 2001.
 - Remitir informe sobre la evolución del paciente al Médico de Familia.
 - Registro en bases de datos.
- b) Pacientes operados de cáncer de colon que reciben tratamiento quimioterápico (Estadio II con factores de riesgo y Estadio III)
- Revisión al mes del alta hospitalaria para la valoración del resultado funcional e información sobre el tipo de seguimiento personalizada.
 - Remitir al Servicio de Oncología Médica para tratamiento quimioterápico dentro de las 6-8 semanas tras la intervención quirúrgica.
 - Evaluación anual durante cinco años para:
 - Anamnesis y exploración clínica. Valoración funcional.
 - Búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Análisis de la evolución del CEA.
 - Remitir informe sobre la evolución del paciente al Médico de Familia.
 - Registro en bases de datos.
- c) Pacientes operados de cáncer de recto (Estadios II y III)
- Control de resultado quirúrgico precoz al mes del alta hospitalaria:
 - Valoración del resultado funcional y del estoma cuando exista.
 - Información sobre el tipo de seguimiento personalizada.

- Solicitud de antígeno carcinoembrionario, cada tres meses, durante los tres primeros años y, anualmente, dos años más.
 - Evaluación semestral durante tres años:
 - Anamnesis y exploración clínica. Valoración funcional.
 - Búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Análisis de la evolución del CEA.
 - Rectoscopia rígida.
 - Ecografía endorrectal o endovaginal. Opcional.
 - Registro en bases de datos.
 - Evaluación anual durante cinco años, tras ser remitido por Oncología Médica/Radioterápica al año de la intervención:
 - Anamnesis y exploración clínica. Valoración funcional.
 - Búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Solicitud de TC abdominopélvico.
 - Rectoscopia rígida.
 - Ecografía endorrectal o endovaginal. Opcional.
 - Análisis de la evolución del CEA.
 - Remitir un informe sobre la evolución del paciente al Médico de Familia y al Servicio de Oncología Médica/Radioterápica.
 - Registro en bases de datos.
- d) Actuación ante la sospecha de recurrencia local o a distancia en cáncer colorrectal por CEA elevado o signos o síntomas clínicos:
- Buscar signos y síntomas de recidiva:
 - Dolor abdominal o pélvico.
 - Estreñimiento, rectorragia.
 - Síntomas urinarios, obstrucción ureteral.
 - Tenesmo, úlceras perineales.
 - Trombosis venosa profunda o síntomas neurológicos en EEII.
 - Solicitar perfil analítico, Rx de tórax, TC abdominopélvico.
 - Rectoscopia rígida en casos de resección anterior por cáncer de recto.
 - Ecografía endoanal o endovaginal opcional.
 - Colonoscopia completa.
5. Oncología Médica y Radioterápica:
- a) Pacientes operados de cáncer de colon que reciben tratamiento quimioterápico (Estadio II, con factores de riesgo -cáncer perforado, obstruido, mal diferenciado, con invasión vascular, neural o linfática- y Estadio III):
- Revisión dentro de las 6-8 semanas tras la intervención quirúrgica.

- Tratamiento quimioterápico según protocolos establecidos.
 - Solicitud de antígeno carcinoembrionario, cada tres meses, durante los tres primeros años y, anualmente, dos años más.
 - Solicitud de TC abdominal anual.
 - Ante sospecha clínica de recidiva, se remitirá de forma preferente a la Consulta de Cirugía o se trasladará el caso al Comité de Tumores multidisciplinario.
 - Remitir anualmente a la Consulta de Cirugía, con un informe resumido del tratamiento realizado y de la situación actual.
- b) Pacientes operados de cáncer de recto (Estadio II y III):
- Revisión dentro de las 6-8 semanas tras la intervención quirúrgica.
 - Tratamiento quimioterápico/radioterápico según los protocolos establecidos.
 - Seguimiento, por parte de Oncología Médica/Radioterápica, durante el tratamiento quimioradioterápico y el primer año.
 - A los seis meses, se solicitará rectoscopia rígida a Cirugía para evaluar recidiva local.
 - Al final del primer año se remitirá al paciente a la Consulta de Cirugía con un informe del tratamiento realizado para su seguimiento.

6. Radiólogo:

- a) Realizará una TC abdominopélvica ante la sospecha de recurrencia:
- Elevación seriada de CEA.
 - Sospecha clínica de recidiva.
- b) Administración de contraste por vía oral el día anterior.
- c) Inyección de contraste intravenoso para valoración de masas.
- d) Valoración exhaustiva de hígado, abdomen y pelvis.

7. Medicina Nuclear:

- a) Realización de tomografía de emisión de positrones (PET) cuando:
- Existe elevación de CEA sin fuente conocida.
 - Sospecha de recidiva con imágenes no concluyentes por otras técnicas (TC, ecografía, RM, endoscopia).
 - Re-estadificación prequirúrgica de pacientes con cáncer colorrectal recurrente candidatos a cirugía de rescate.
- b) Información clara y comprensible para el paciente y sus familiares sobre la necesidad de realizar la exploración,

incluyendo riesgos-beneficios. Obtención del consentimiento informado.

- c) La prueba se realizará en un plazo máximo de 15 días después de su petición, remitiendo información escrita de las instrucciones que el paciente debe seguir para su correcta realización (reposo físico durante las 24 horas anteriores y ayuno de 6 horas).
- d) Independientemente de la notificación correspondiente, se comunicará al paciente, también de forma verbal, la fecha y hora de realización de la prueba 48-72 horas antes de la misma, explicando las medidas que debe realizar el día anterior a la prueba.
- e) Minimizar la ansiedad previa a la exploración con una explicación detallada del procedimiento al que se le va a someter.
- f) Sedación y relajación muscular según el protocolo.
- g) Hidratación y sondaje vesical. Control de glucemia a valores por debajo de 150 mg/dl.
- h) Planificación de la exploración en sus parámetros de adquisición y administración de la 18FDG, ajustada a peso y talla, de acuerdo con los estándares, evitando la extravasación del mismo.
- i) Información adecuada sobre las medidas de protección radiológica para el paciente y sus familiares.
- j) Procesado e interpretación de la exploración de acuerdo a los criterios de calidad establecidos en los protocolos.
- k) Emisión del informe diagnóstico, en el que figuren el conjunto mínimo básico de datos establecidos en la legislación, así como los datos exigidos por el RD de Garantía de Calidad en Medicina Nuclear, en menos de 48 horas desde la realización de la prueba.



Recursos. Características de calidad. Requisitos

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
Papelería	<ul style="list-style-type: none">– Documentos en formato papel.– Registros informáticos.– Registros en papel y soporte informático para la recogida de información sobre el procedimiento.– Registros en papel y soporte informático para el estudio anatomopatológico y los factores pronósticos.– Modelo de consentimiento informado.– Ficha de tratamiento.– Impresos de comunicación entre distintas especialidades.– Informe dosimétrico.– Diario de operaciones.– Cuestionario de calidad de vida homologado.– Folletos informativos sobre los diferentes tratamientos (quirúrgico, radioterápico, quimioterápico).– Modelo de petición de estudio anatomopatológico (biopsia y citología).– Etiquetas para la identificación de portas.– Lápices y rotuladores indelebiles para la identificación de bloques y portas.– Modelos de petición de técnicas especiales al Laboratorio del servicio.– Sobres para envío de resultados.	<ul style="list-style-type: none">– Registros y documentos formalizados por la Comisión de Documentación Clínica del centro.– Aplicaciones informáticas y equipos validados por la unidad de Sistemas de Información del centro.

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
Instrumental	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumental endoscópico accesorio (fórceps, asas) reutilizable. - Videocolonoscopio. - Separadores pélvicos (St Marks o similar) con luz incorporada. - Retractores anales (Hill Ferguson o similar) con luz incorporada. - Material de curas. - Medios de inmovilización y posicionamiento para radioterapia. - Sistemas de alineación. - Dispositivos para la conformación del haz. - Taller de moldes (cortador, crisol, enfriador, herramientas). - Sistema de verificación portal y/o reveladora. - Chasis y portachasis. - Material de tallado de piezas. - Material para el manejo y montaje de muestras. - Material para exposición, conservación y almacenamiento de cortes histológicos y bloques de tejido. 	<p>Desinfección y esterilización bajo controles periódicos de la Unidad de Medicina Preventiva del centro.</p>
Aparataje	<ul style="list-style-type: none"> - Torre y equipo de endoscopia. - Sistemas de monitorización no invasiva. - Equipo portátil de RCP avanzada (ambú, desfibrilador, drogas). - Unidad de diatermia. - Equipo de rectoscopia rígida (fuente de luz y vainas). - Equipo de ecografía endorrectal con sonda endocavitaria y transductor multifrecuencias giratorio a 360°. - Cajas estándar de laparotomía. 	<p>Revisiones y calibraciones reglamentarias realizadas. Plan de mantenimiento.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Fuente de luz fría y cable con conexiones apropiadas para los retractores. - Acelerador de electrones fijo (Rx de alta energía). - Acelerador de electrones portátil para radioterapia intraoperatoria (opcional). - Unidad de radioterapia superficial con accesorios para técnica de Papillon (opcional). - Medios técnicos para la delimitación de volúmenes (TC, simulador). - Planificador dosimétrico. - Sistema de visión portal electrónico (opcional). - Red de integración terapéutica (opcional). - Campana de tallado. - Procesador automático para inclusión de biopsias. - Criostato. - Dispensador de parafina. - Placa de montaje. - Microtomo. - Baños de agua. - Batería de tinción (manual o automática). - Campana de montaje. 	<p>Disponibilidad mínima de 1 acelerador de electrones cada 200.000 habitantes.</p> <p>Disponibilidad de acelerador a no más de 1-2 horas de la residencia habitual.</p>
<p>Material fungible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de laboratorio, apósitos, guantes, material accesorio endoscópico de un solo uso (fórceps, asas, etc.). - Gel para ecografía, preservativos, papel para impresión ecográfica; suturadores/grapadoras mecánicas lineales y circulares. - Dispositivos de ostomía. - Aleación de bajo punto de fusión. - Herramientas de taller de moldes. 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Bandejas portamoldes. - BBs, marcadores de esfínter. - Contraste baritado - Sonda rectal/jeringas. - Placas de radiografías de verificación. - Líquidos para reveladora. - Espuma inmovilizadora. - Líquidos para la fijación de muestras. - Líquidos para el procesamiento de biopsias. - Medio de inclusión en parafina y para estudios por congelación. - Material de tinción y de realización de estudios histoquímicos convencionales. - Portas y medio de montaje. - Anticuerpos para la realización de diagnósticos diferenciales. - Contenedores adecuados para los distintos desechos que se generan en el servicio. 	<p>Disponibilidad de acceso a los almacenes.</p> <p>Reposición rápida, <i>stocks</i>.</p>
Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Administrativos, celadores. - Enfermería y Auxiliar de Enfermería. - F.E. Digestivo. - F.E. Cirugía General. - F.E. Anestesia. - F.E. Oncología Médica. - F.E. Oncología Radioterápica. - Estomoterapeuta. - Físico médico. - TER Radioterapia. - TE Anatomía Patológica. - Personal de unidades de soporte con competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) específicas. 	<p>Formación específica para cada una de las funciones que se llevarán a cabo, según los procesos de selección y planes de formación individualizados.</p>

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Comisión de Tumores. - Registro de Tumores. - Sesiones clínicas multidisciplinares. - Programa de Formación Continuada. - Espacio físico para el almacenamiento de informes, bloques y portas. 	Adecuación del espacio físico a las demandas de almacenamiento.

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADA
S ^o de Laboratorio	Análítica básica, CEA y analítica del estudio preoperatorio así como controles intraoperatorios y post-operatorios.
S ^o de Diagnóstico por Imagen	TC y/o ecografía abdominal, Rx de tórax, RM, PET.
S ^o de Almacén	Papelería, material fungible, aparataje.
S ^o de Esterilización	Esterilización del material accesorio endoscópico y quirúrgico.
S ^o de Anatomía Patológica	Diagnóstico histológico (definitivo).
S ^o de Informática	Sistemas de información (registro de actividades del paciente, indicadores, resultados,...).
S ^o de Electromedicina	Mantenimiento de los equipos (endoscopia, fuente de luz, equipamiento de quirófano,...).
S ^o de Mantenimiento	Mantenimiento de equipos, estructura e instrumental.
S ^o de Física Hospitalaria	
S ^o de Documentación	
Biblioteca/Hemeroteca	
S ^a de Dietética y Nutrición	Apoyo dietético y nutricional en el pre y post-operatorio.
S ^o de Medicina Preventiva	
Unidad de Consejo Genético	Elaboración de diagnóstico genético a los enfermos y familiares de riesgo.
Psicología	Apoyo psicológico a los enfermos y sus familiares.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0503	Oncología Clínica (historia natural de los tumores y su evolución)	I	I	I				
C-0538	Fisiopatología específica según proceso	I	I	I				
C-0545	Semiología clínica según proceso	I	I	I				
C-0504	Principios de Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía del cáncer	I	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	I	I	I				
C-0495	Protocolos y guías clínicas "oncológicas" de diagnóstico y tratamiento	I	I	I				
C-0539	Conocimiento sobre cómo reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis,... según proceso	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
C-0610	Indicaciones y técnicas quirúrgicas según proceso	I	I	I				
C-0583	Conocimiento del diagnóstico y tratamiento de las complicaciones pre, intra y postquirúrgicas	I	I	I				
C-0544	Anestesia y reanimación según proceso quirúrgico	I	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0409	Conocimientos de legislación sanitaria	I	I	I				
C-0135	Documentación clínica	I	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	I	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0098	Epidemiología	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico en *. * el proceso. Medidas generales y específicas	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0439	Establecimiento, aplicación y seguimiento del programa de cuidados paliativos en su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0350	Interpretación de pruebas complementarias en *. *el proceso (ECG, A, técnicas de imagen...)	I	I	I				
H-0416	Valoración clínica adecuada según proceso	I	I	I				
H-0379	Manejo técnicas quirúrgicas según proceso	I	I	I				
H-0394	Detectar complicaciones	I	I	I				
H-0393	Manejo del paciente postquirúrgico	I	I	I				
H-0346	Técnicas de anestesia y reanimación	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas según proceso	I	I	I				
H-0428	Continuidad asistencial	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0227	Manejo de tecnologías/técnicas especiales	D	I	I				
H-0344	Emisión de informes de derivación	D	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	D	I	I				
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	I	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD				
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4	
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL								
H-0370	Manejo de emociones	D	I	I					
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	D	D	I					
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	D	D	I					
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I					
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I					
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I					
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I					
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I					

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD				
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4	
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL								
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I					
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I					
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I					
A-0050	Responsabilidad	I	I	I					
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I					
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I					
A-0041	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	I	I	I					
A-0048	Talante positivo	I	I	I					
A-0051	Sensatez	I	I	I					
A-0043	Discreción	I	I	I					
A-0009	Dialogante y negociador	I	I	I					
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I					
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I					
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I					
A-0007	Creatividad	D	I	I					
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I					
A-0024	Juicio crítico	D	I	I					
A-0038	Resolutivo	D	D	I					
A-0052	Visión de futuro	D	D	I					

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera según proceso	I	I	I				
C-0558	Cuidados enfermeros específicos según proceso	I	I	I				
C-0350	Conocimientos sobre disciplina quirúrgica	I	I	I				
C-0575	Conocimiento de la técnica y del instrumental quirúrgico y su limpieza y mantenimiento	I	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	I	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	D	I	I				
C-0504	Principios de Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía del cáncer	D	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	D	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0420	Cuidados específicos según proceso	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas según proceso	I	I	I				
H-0227	Manejo de tecnologías/técnicas especiales	I	I	I				
H-0394	Detectar complicaciones	I	I	I				
H-0418	Capacidad de manejo (uso y mantenimiento) de todo el instrumental y material	I	I	I				
H-0362	Preparación prequirúrgica	I	I	I				
H-0224	Manejo de instrumentación quirúrgica	I	I	I				
H-0354	Manejo equipos electromédicos según proceso	I	I	I				
H-0445	Manejo y cuidados de estomas	I	I	I				
H-0373	Registros de enfermería	I	I	I				
H-0428	Continuidad asistencial	I	I	I				
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	I	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad según las necesidades	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	D	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante y negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0065	Comprensión (empatía)	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO CÁNCER COLORRECTAL

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0004	Calidad nivel básico	Conocimientos básicos de calidad
C-0023	Conocimientos en informática y telecomunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0024	Conocimientos en informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización
C-0032	Metodología de investigación	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0060	Gestión y administración de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soprote Vital Avanzado
C-0082	Inglés básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés
C-0085	Formación general en prevención de riesgos	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo. Específicamente incluye las normas de protección radiológica
C-0098	Epidemiología	El/la profesional tiene conocimientos específicos sobre epidemiología
C-0107	Evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria
C-0135	Documentación clínica	El/la profesional conoce los documentos clínicos específicos necesarios para el desarrollo de su actividad profesional
C-0161	Estructura organizativa del SSPA	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA
C-0165	Conocimiento en metodología de cuidados enfermeros	Técnica específica
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica
C-0174	Bioética	Técnica específica
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica
C-0176	Cartera de servicios del SNS y Sistema Sanitario Público de Andalucía	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica
C-0350	Conocimientos sobre disciplina quirúrgica	Técnica específica

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0409	Conocimientos de legislación sanitaria	El/la profesional conoce la legislación sanitaria que le aplica en su puesto de trabajo. Específicamente referida a la legislación sobre radiaciones ionizantes
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	Técnicas específicas
C-0495	Protocolos y guías clínicas "oncológicas" de diagnóstico y tratamiento	Técnicas específicas
C-0503	Oncología Clínica (historia natural de los tumores y su evolución)	Técnicas específicas
C-0504	Principios de Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía del cáncer	Técnicas específicas
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	Técnicas específicas. Específicamente incluye las radiaciones ionizantes
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	Técnicas específicas. Específicamente incluye la colonoscopia y otras técnicas de diagnóstico por imagen, el screening, la quimioterapia y la radioterapia
C-0538	Fisiopatología específica según proceso	Técnicas específicas
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc. según proceso	Técnicas específicas
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	Técnicas específicas. Específicamente referidos a enfermos incluidos en el proceso CCR
C-0544	Anestesia y reanimación según proceso quirúrgico	Técnicas específicas
C-0545	Semiología clínica según proceso	Técnicas específicas
C-0558	Cuidados enfermeros específicos según proceso	Técnicas específicas: Incluye los referidos a cuidados paliativos, drenajes, prequirúrgicos y postquirúrgicos
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera según proceso	El/la profesional conoce los procedimientos específicos según el proceso en que trabaja
C-0575	Conocimiento de la técnica y del instrumental quirúrgico y su limpieza y mantenimiento	Técnicas específicas
C-0583	Conocimiento del diagnóstico y tratamiento de las complicaciones pre, intra y postquirúrgicas	El/la profesional conoce los problemas y complicaciones del proceso quirúrgico
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	El profesional posee conocimientos sobre el desarrollo de contenidos, orientaciones y estrategias que facilitan a los individuos (pacientes y entorno familiar), aprender a adaptarse y a vivir con mayor calidad de vida
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	Técnicas específicas de aplicación en el proceso en el que se trabaja
C-0610	Indicaciones y técnicas quirúrgicas según proceso	Técnicas específicas. Específicamente referidas a la cirugía abdominal y pélvica, cirugía transanal, cirugía de urgencias, incluyendo los estomas
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	Técnicas específicas de aplicación en el proceso en el que se trabaja

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	El/la profesional se comporta con comodidad en situaciones no seguras, ante proyectos no del todo definidos y los aborda como una oportunidad, sin resistencia

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Estos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y calidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos
H-0022	Capacidad para detectar problemas y aplicar soluciones	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	El/la profesional toma decisiones sobre la base de su responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, y no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido
H-0026	Delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad
H-0031	Habilidades de gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita
H-0035	Técnicas de presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Manejo de herramientas informáticas	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas
H-0059	Trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	El/la profesional es capaz de manejar los equipos de prevención de accidentes. Específicamente se refiere a las normas de protección radiológica
H-0078	Afrontamiento del estrés	El/la profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	El/la profesional es capaz de establecer protocolos y procedimientos de su actividad
H-0224	Manejo de instrumentación quirúrgica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0227	Manejo de tecnologías/técnicas especiales	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica: Específicamente referidas a Quimioterapia y Radioterapia
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Incluye diagnóstico por imagen: ecografía, TC, PET; técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento oncológico; toma de biopsias y estudio macroscópico de las piezas quirúrgicas; específicamente referida a la rectoscopia-rectosigmoidoscopia rígida, colonoscopia, ecografía endorrectal
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0335	Técnicas específicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente referidas en Enfermería a: preparación para pruebas complementarias, colocación de sondas y cuidados de catéteres, manipulación de muestras biológicas, reservorios y dispositivos mecánicos de infusión, citostáticos. Específicamente referidas en médicos a: vías centrales
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0344	Emisión de informes de derivación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0346	Técnicas de anestesia y reanimación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico en *. * el proceso. Medidas generales y específicas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente incluye el cuidado de los estomas
H-0350	Interpretación de pruebas complementarias en *. * el proceso (ECG, A, técnicas de imagen...)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0354	Manejo de equipos electromédicos según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0362	Preparación prequirúrgica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0370	Manejo de emociones	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0373	Registros de enfermería	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Incluye plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados, e informes de alta
H-0379	Manejo de técnicas quirúrgicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0393	Manejo del paciente postquirúrgico	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0394	Detectar complicaciones	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente referido en Enfermería a la Quimioterapia y la Radioterapia

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	El/la profesional manifiesta la habilidad de realizar su actividad diaria garantizando las condiciones de asepsia, limpieza y esterilidad en todas las situaciones relacionadas con su actividad diaria: aseo personal, comportamiento, utilización de instrumental
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación, fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así mayor calidad. Incluye planes dietéticos adaptados al paciente
H-0416	Valoración clínica adecuada según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0418	Capacidad de manejo (uso y mantenimiento) de todo el instrumental y material	El/la profesional manifiesta la capacidad de manejo (uso y mantenimiento) de todo el instrumental y material relacionado con la actividad en el puesto de trabajo
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	El/la profesional es capaz de diseñar planes de cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente y según el proceso específico, según las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) oficialmente reconocidos
H-0420	Cuidados específicos según proceso	El/la profesional lleva a cabo en su quehacer diario todos los cuidados que recoge el proceso de forma genérica adecuándolos al plan personalizado del paciente. Incluye los referidos a cuidados paliativos, drenajes, prequirúrgicos y postquirúrgicos
H-0428	Continuidad asistencial	El/la profesional lleva a cabo su asistencia al paciente teniendo en cuenta el papel del resto de los escalones de la cadena asistencial, estableciendo relaciones de colaboración con ellos para así dar un servicio excelente al paciente derivado
H-0439	Establecimiento, aplicación y seguimiento del Programa de Cuidados Paliativos en su ámbito de responsabilidad	El/la profesional desarrolla adecuadamente el Programa de Cuidados Paliativos adaptado a las necesidades del paciente y dentro de su ámbito de responsabilidad
H-0445	Manejo y cuidados de estomas	El/la profesional manifiesta la capacidad de colocación de los dispositivos de ostomías y el cuidado de los estomas así como las posibles complicaciones

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente cómo obtener un aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria
A-0007	Creatividad, innovación, flexibilidad, mente inquieta	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia
A-0009	Dialogante y negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos, y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar
A-0018	Honestidad, sinceridad, sentido de la justicia	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa, y hace lo que piensa y dice
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta cuestionándose todo desde una perspectiva positiva
A-0027	Orientación al cliente interno y externo	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas
A-0041	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestando al cotilleo fácil o al rumor
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo, lo que le potencia en su trabajo
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y como lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más a lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que procura la mejora
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	El/la profesional es consciente de que, sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana
A-0065	Comprensión (empatía)	El/la profesional es capaz de ponerse en el lugar del paciente y familiares, y entender su comportamiento

5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: CÁNCER COLORRECTAL

PROCESOS ESTRATÉGICOS

LEGISLACIÓN

PLAN MARCO DE CALIDAD Y EFICIENCIA

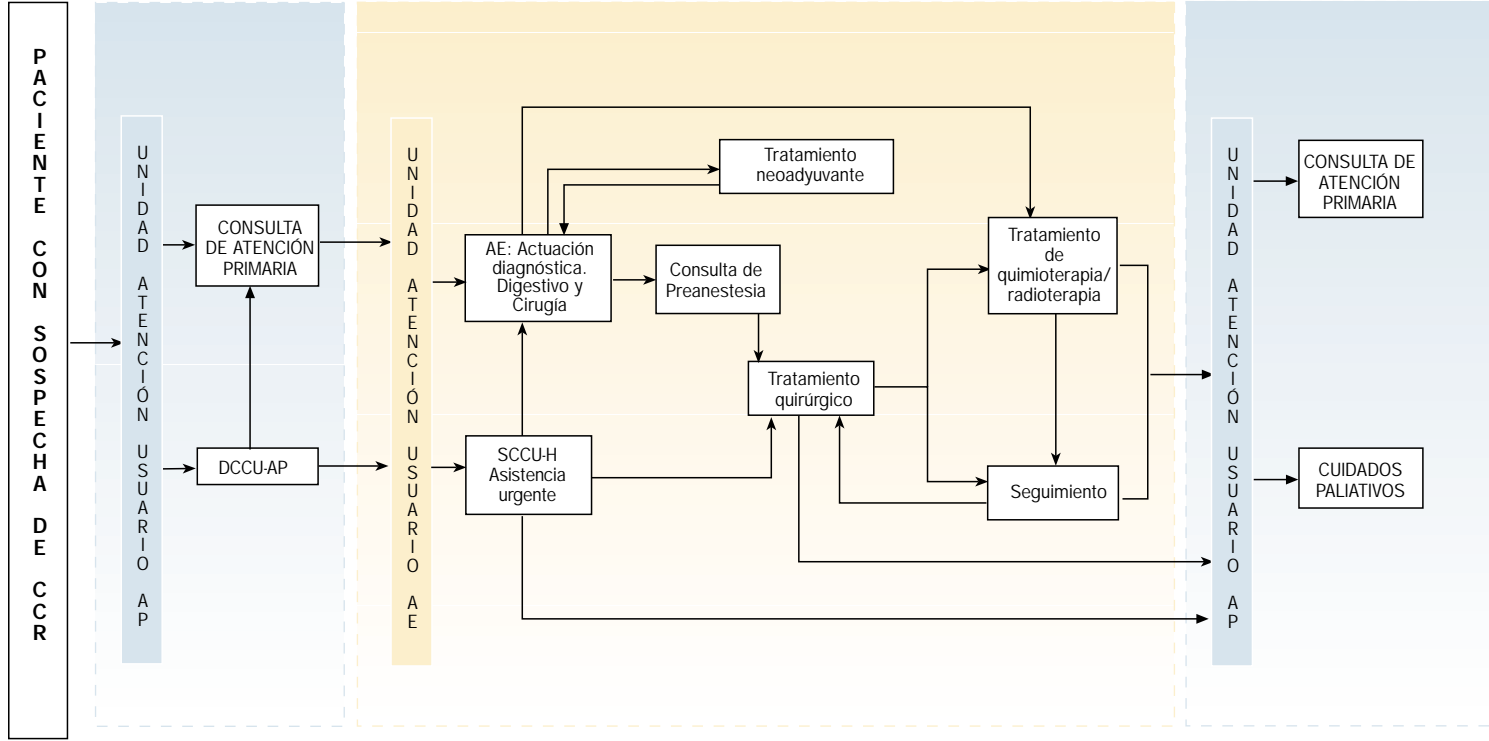
PLAN ESTRATÉGICO

CONTRATO PROGRAMA

PLAN DE FORMACIÓN

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

PLANES DE CUIDADOS



PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS

SUMINISTROS

LABORATORIOS

ANATOMÍA PATOLÓGICA

RADIODIAGNÓSTICO

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

SERVICIOS GENERALES

DOCUMENTACIÓN

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: AP

PROCESOS ESTRATÉGICOS

LEGISLACIÓN

PLAN MARCO DE CALIDAD Y EFICIENCIA

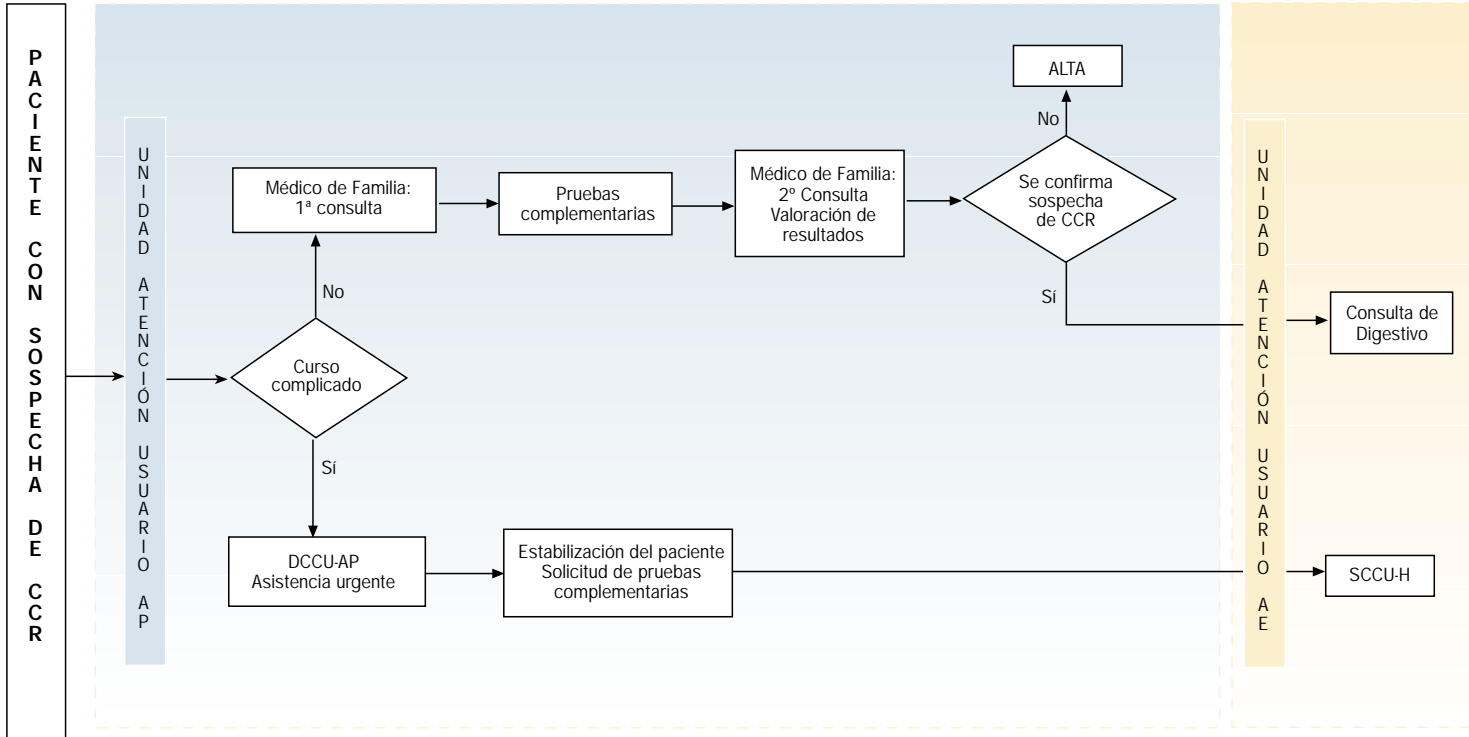
PLAN ESTRATÉGICO

CONTRATO PROGRAMA

PLAN DE FORMACIÓN

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

PLANES DE CUIDADOS



PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS

SUMINISTROS

LABORATORIOS

ANATOMÍA PATOLÓGICA

RADIODIAGNÓSTICO

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

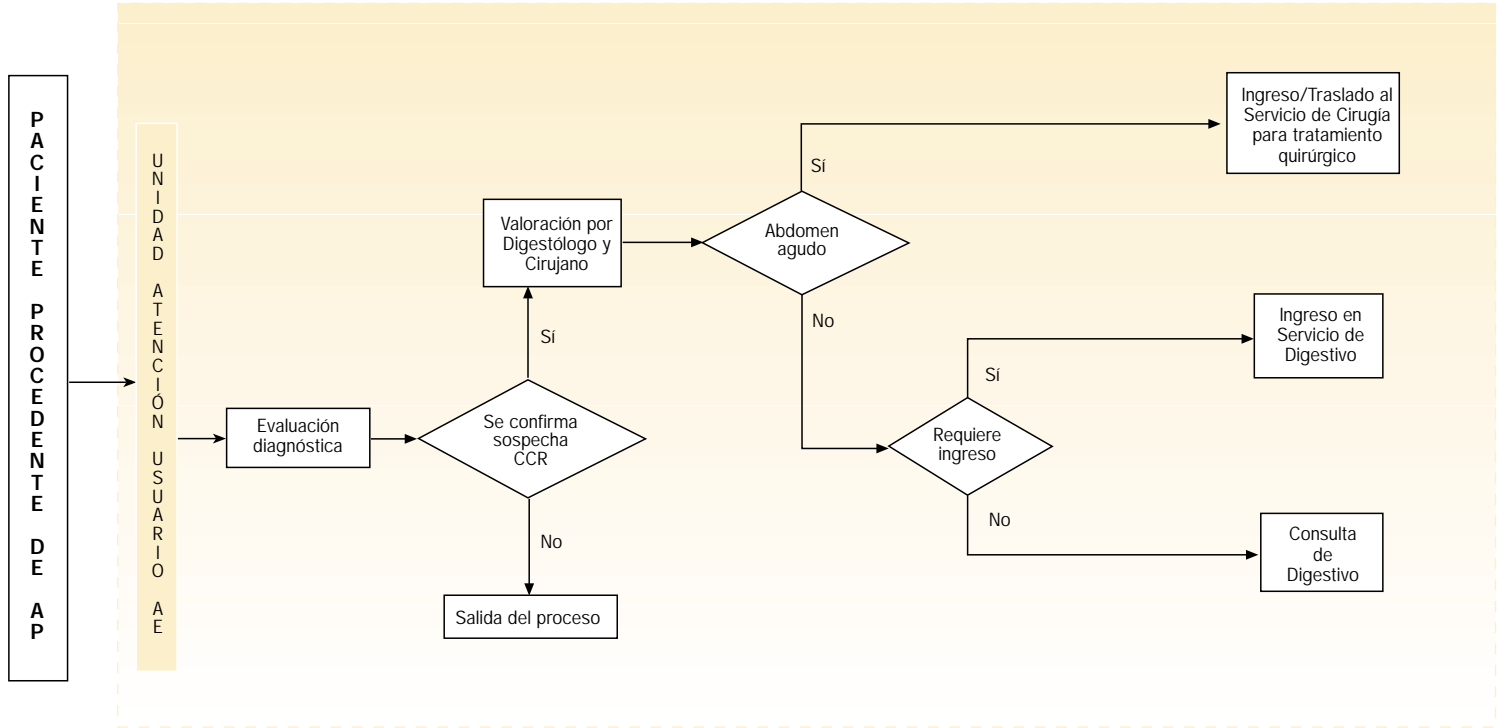
SERVICIOS GENERALES

DOCUMENTACIÓN

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: SCCU-H

PROCESOS ESTRATÉGICOS

LEGISLACIÓN PLAN MARCO DE CALIDAD Y EFICIENCIA PLAN ESTRATÉGICO CONTRATO PROGRAMA PLAN DE FORMACIÓN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PLANES DE CUIDADOS



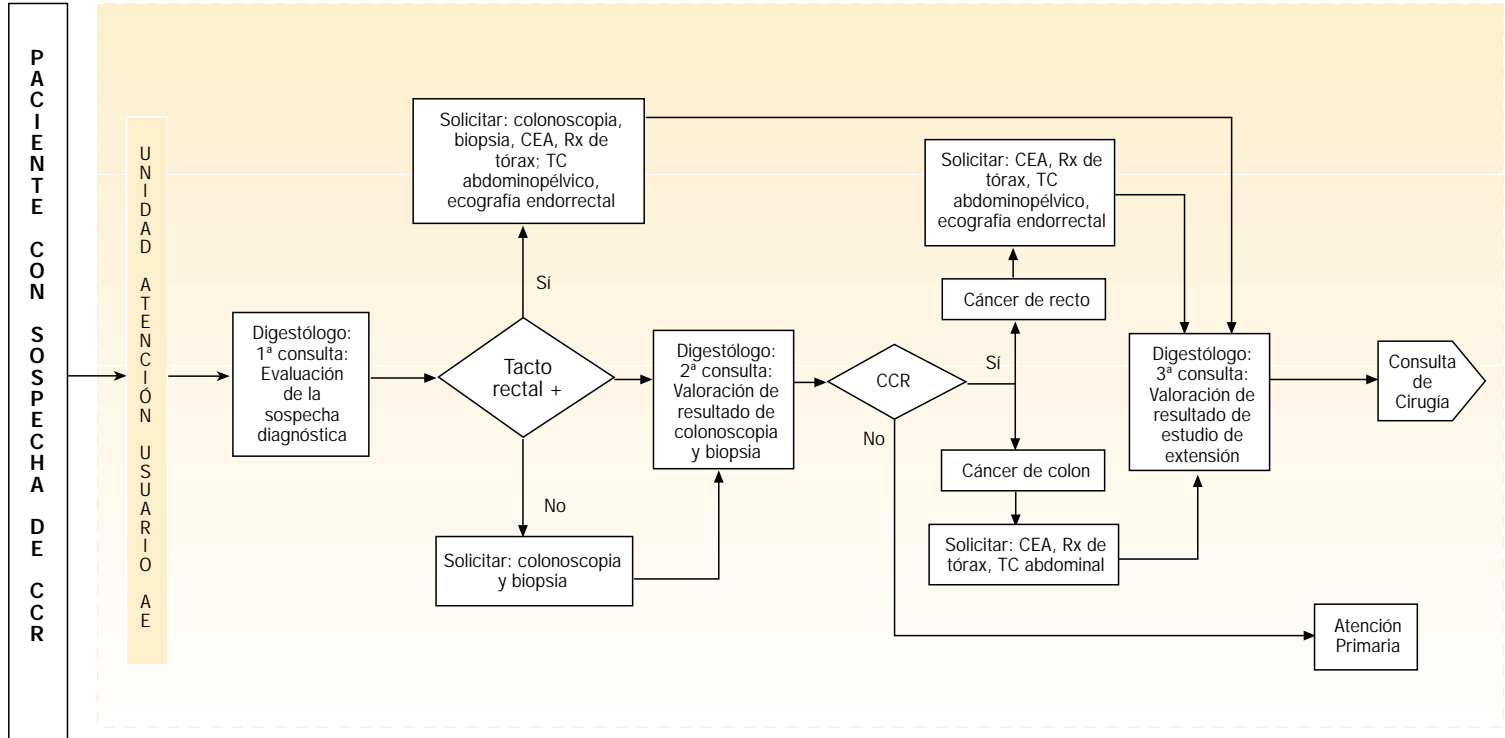
PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS SUMINISTROS LABORATORIOS ANATOMÍA PATOLÓGICA RADIODIAGNÓSTICO SISTEMAS DE INFORMACIÓN SERVICIOS GENERALES DOCUMENTACIÓN

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: AE. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA 1: APARATO DIGESTIVO

PROCESOS ESTRATÉGICOS

LEGISLACIÓN PLAN MARCO DE CALIDAD Y EFICIENCIA PLAN ESTRATÉGICO CONTRATO PROGRAMA PLAN DE FORMACIÓN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PLANES DE CUIDADOS

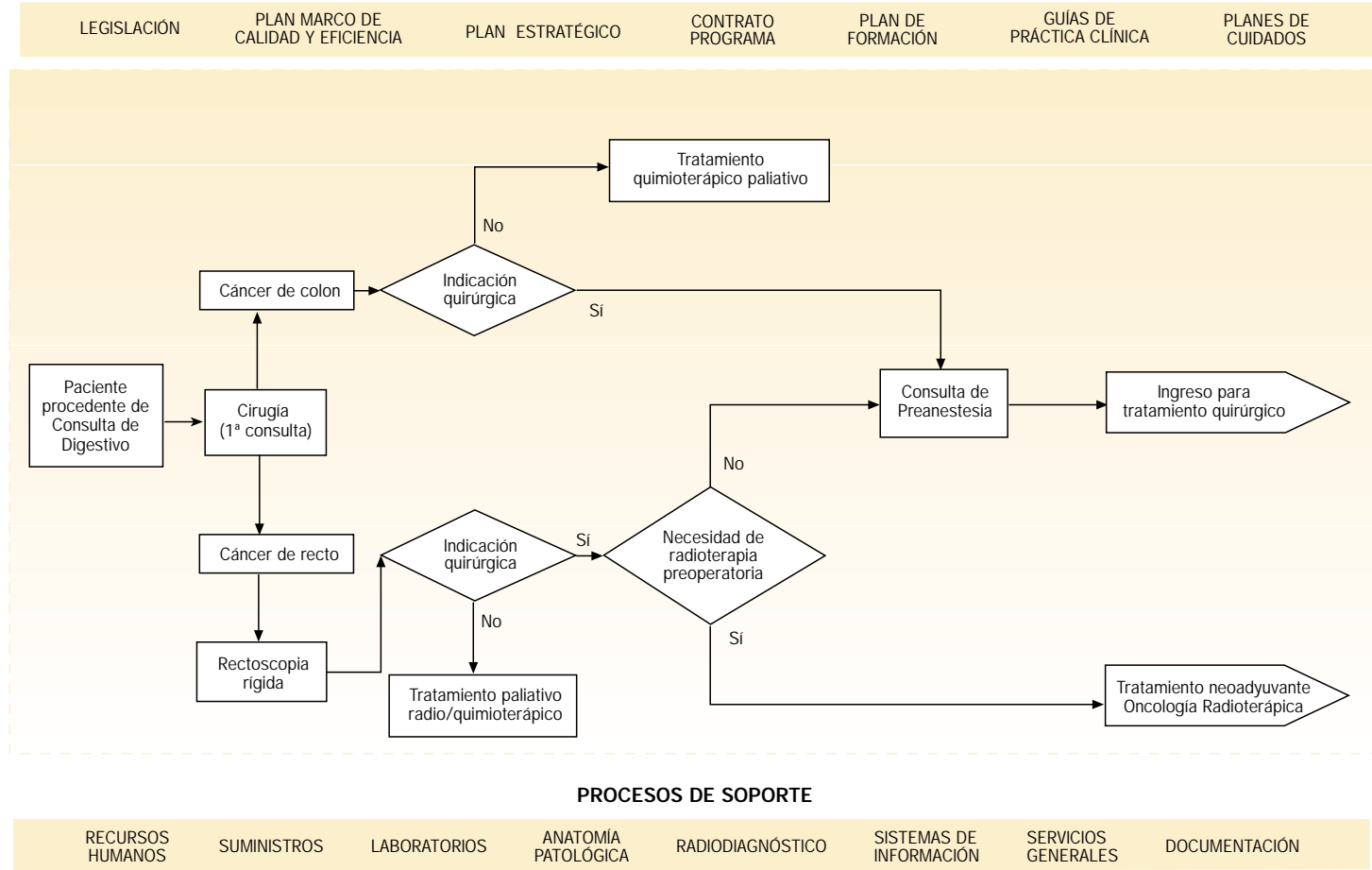


PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS SUMINISTROS LABORATORIOS ANATOMÍA PATOLÓGICA RADIODIAGNÓSTICO SISTEMAS DE INFORMACIÓN SERVICIOS GENERALES DOCUMENTACIÓN

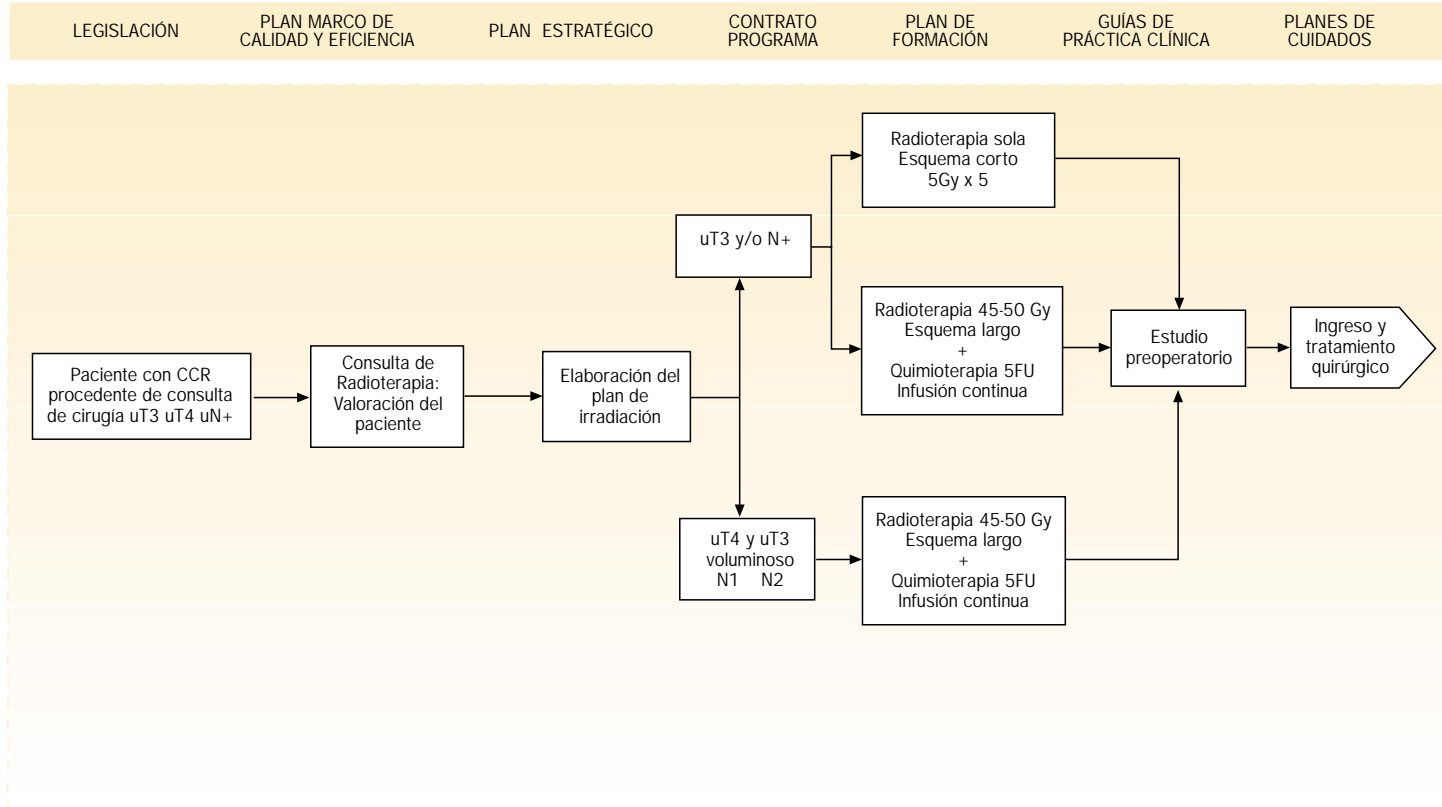
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: AE.VALORACIÓN DIAGNÓSTICA 2: CIRUGÍA

PROCESOS ESTRATÉGICOS



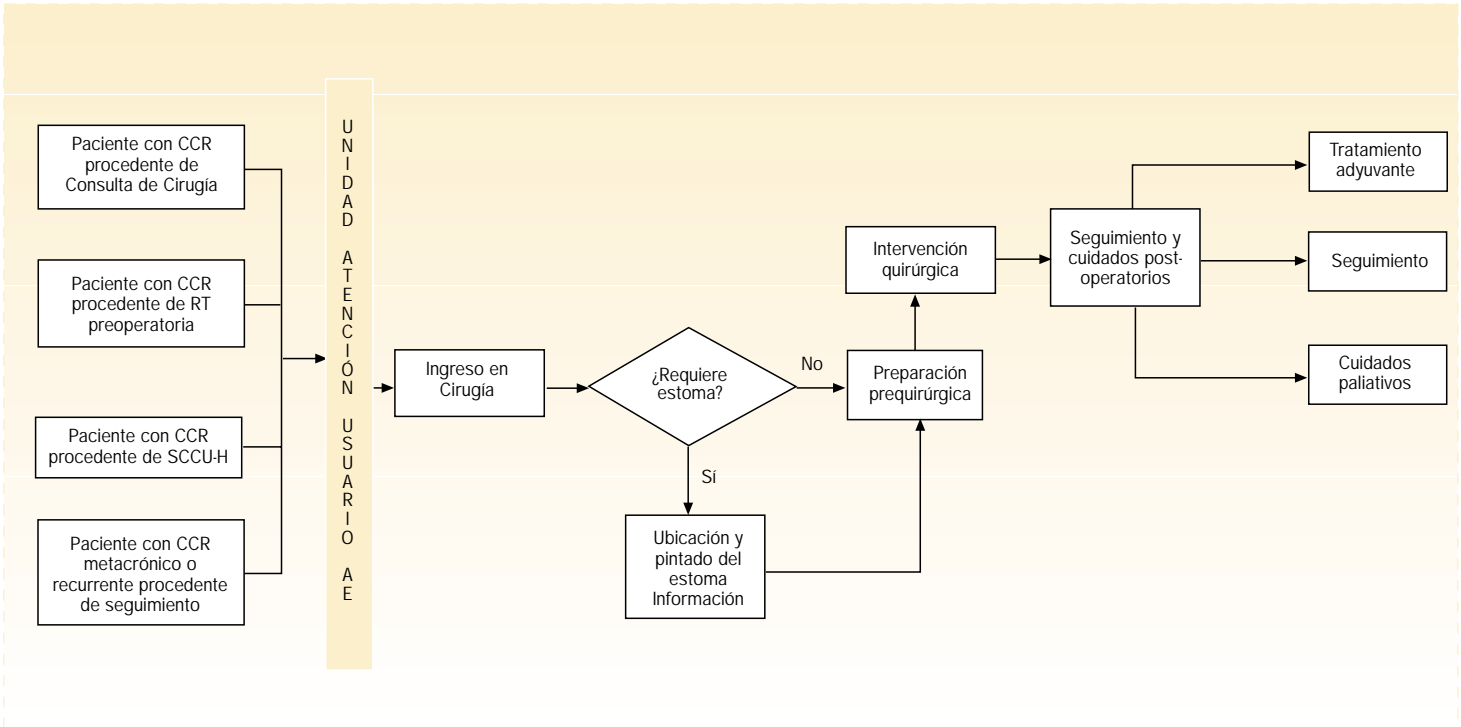
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: TRATAMIENTO NEOADYUVANTE

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

PROCESOS ESTRATÉGICOS



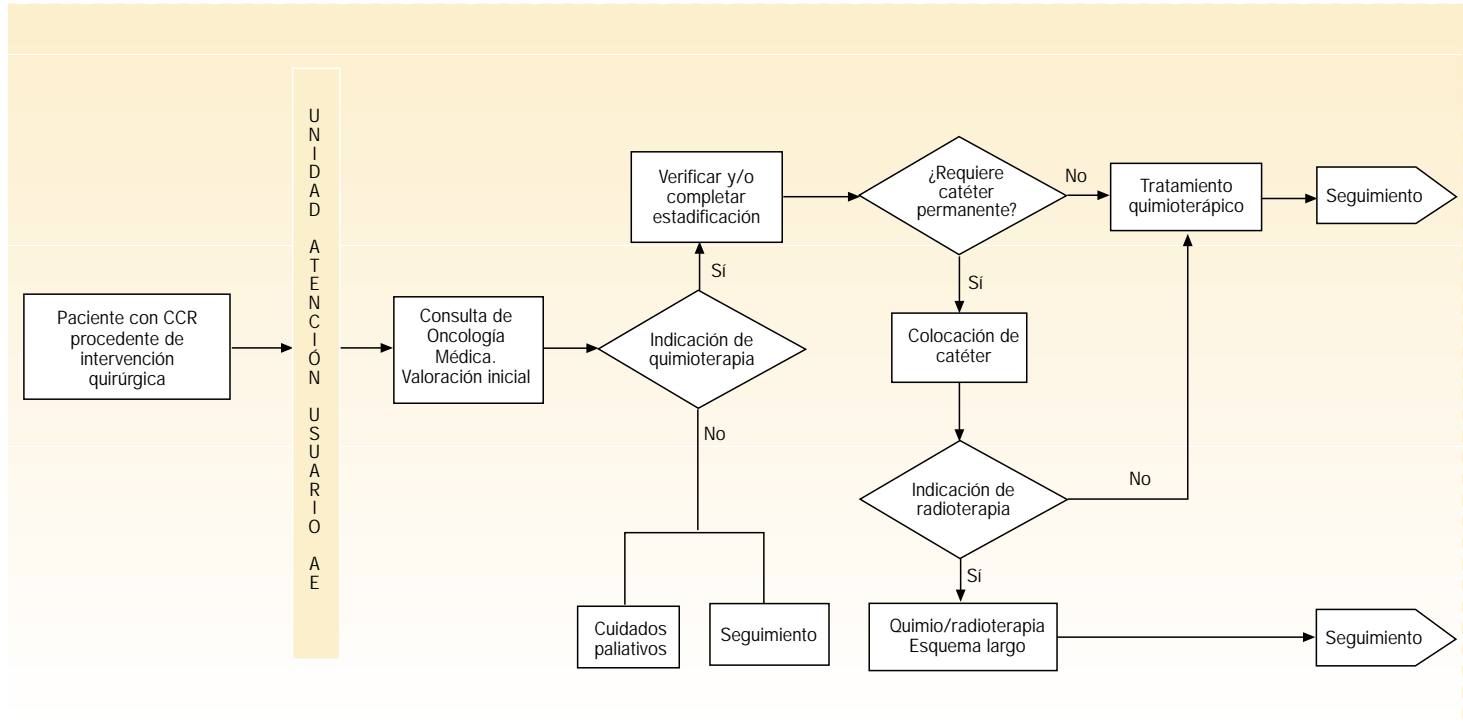
PROCESOS DE SOPORTE



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE

PROCESOS ESTRATÉGICOS

LEGISLACIÓN PLAN MARCO DE CALIDAD Y EFICIENCIA PLAN ESTRATÉGICO CONTRATO PROGRAMA PLAN DE FORMACIÓN GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PLANES DE CUIDADOS

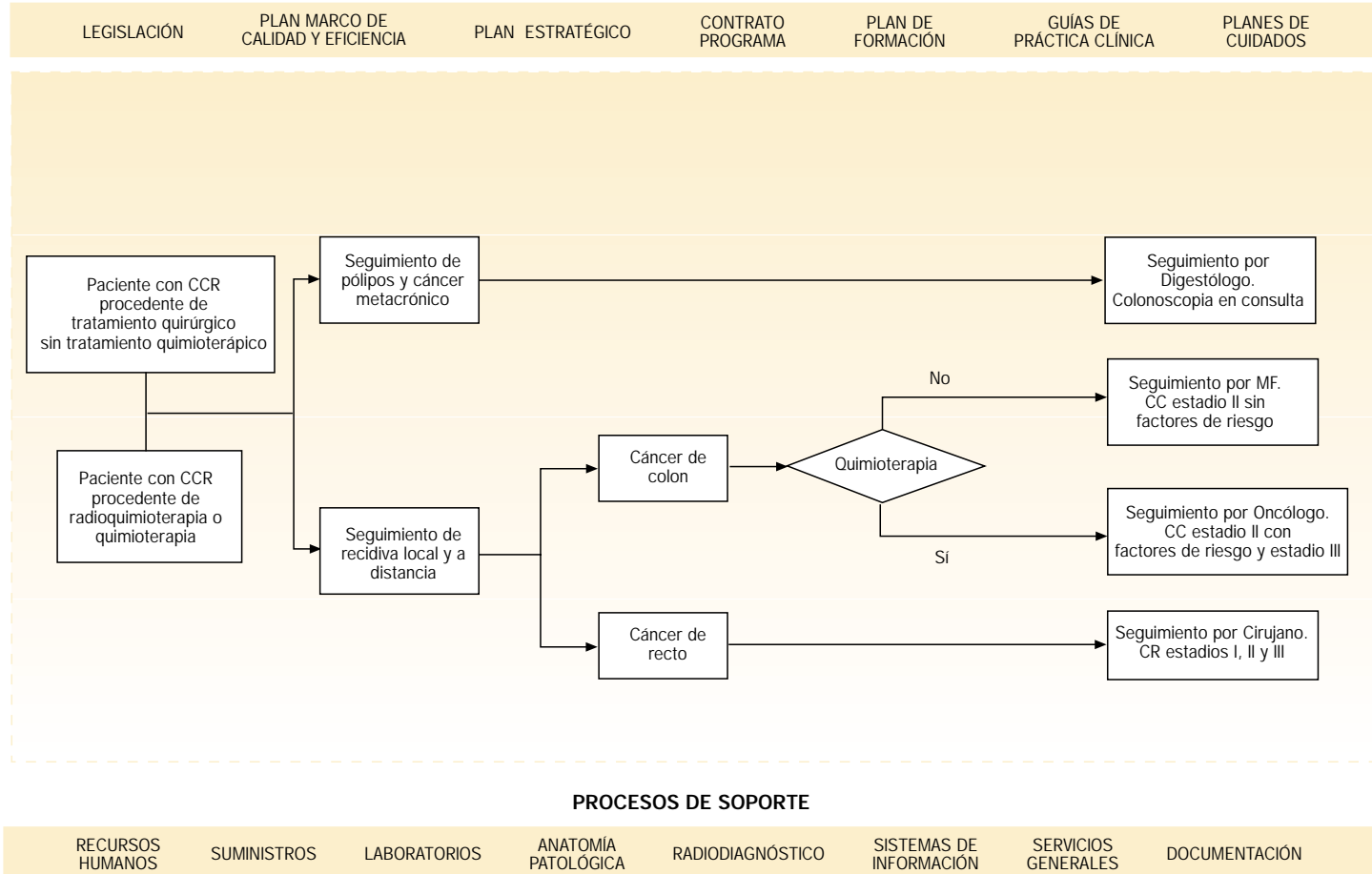


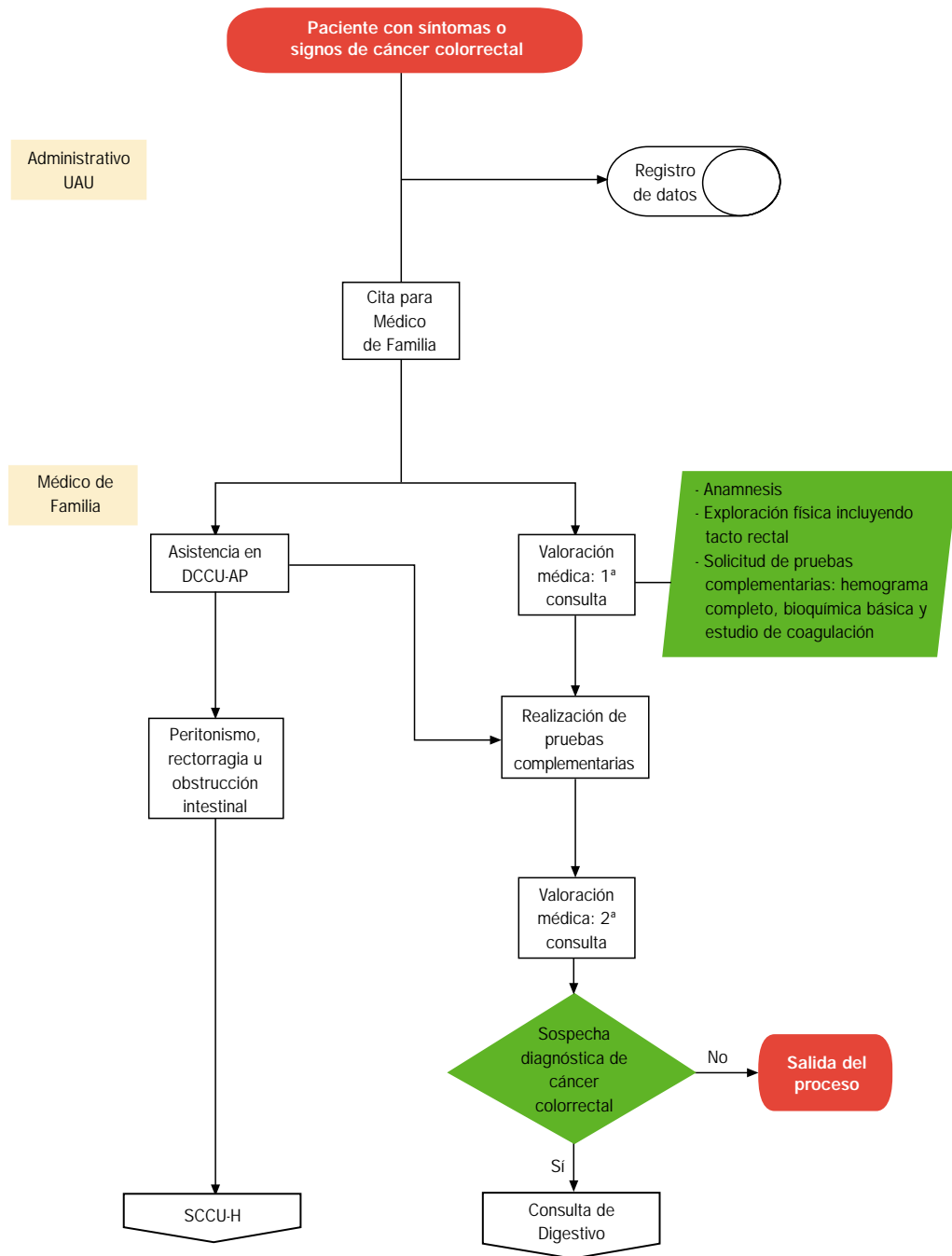
PROCESOS DE SOPORTE

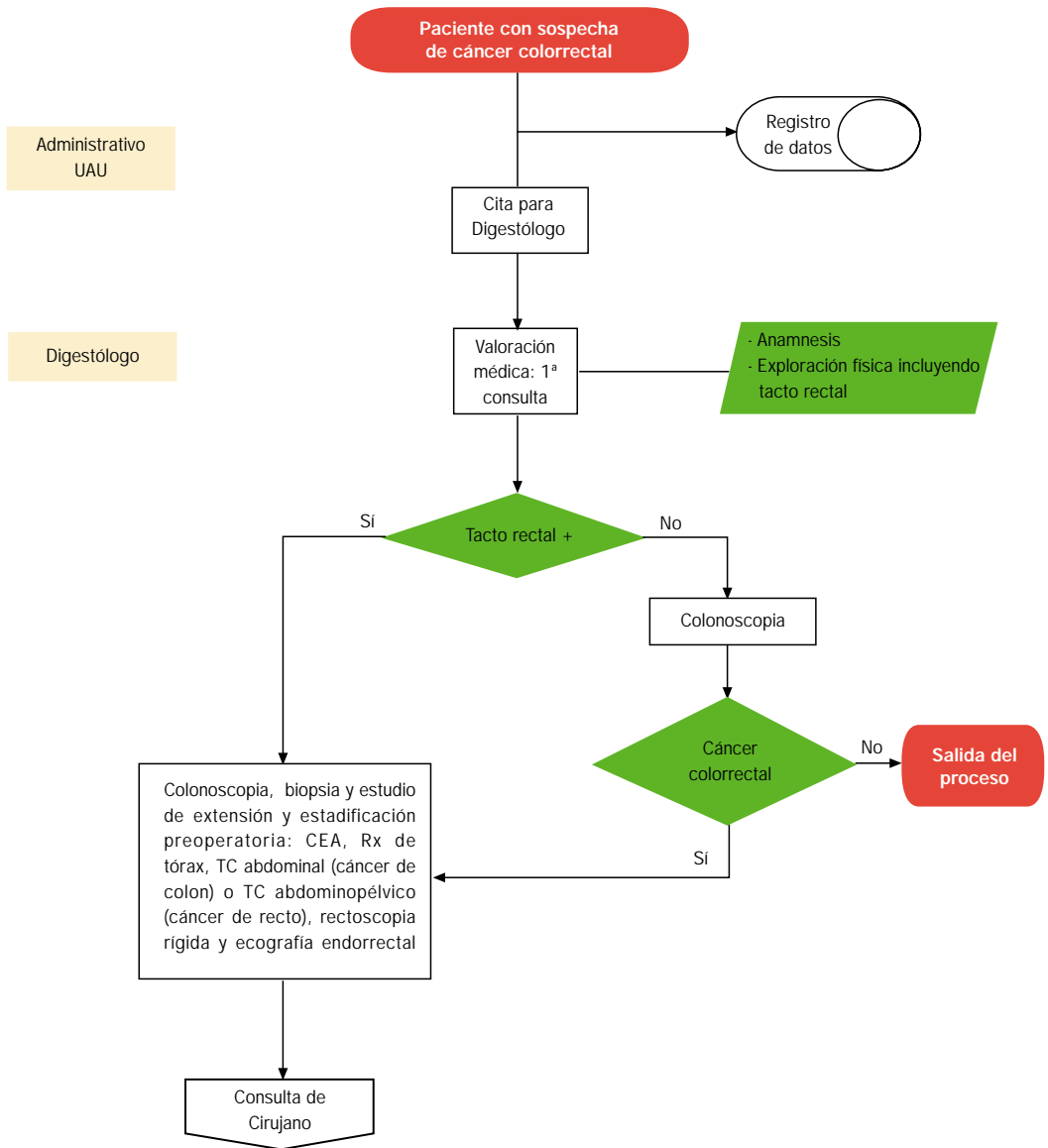
RECURSOS HUMANOS SUMINISTROS LABORATORIOS ANATOMÍA PATOLÓGICA RADIODIAGNÓSTICO SISTEMAS DE INFORMACIÓN SERVICIOS GENERALES DOCUMENTACIÓN

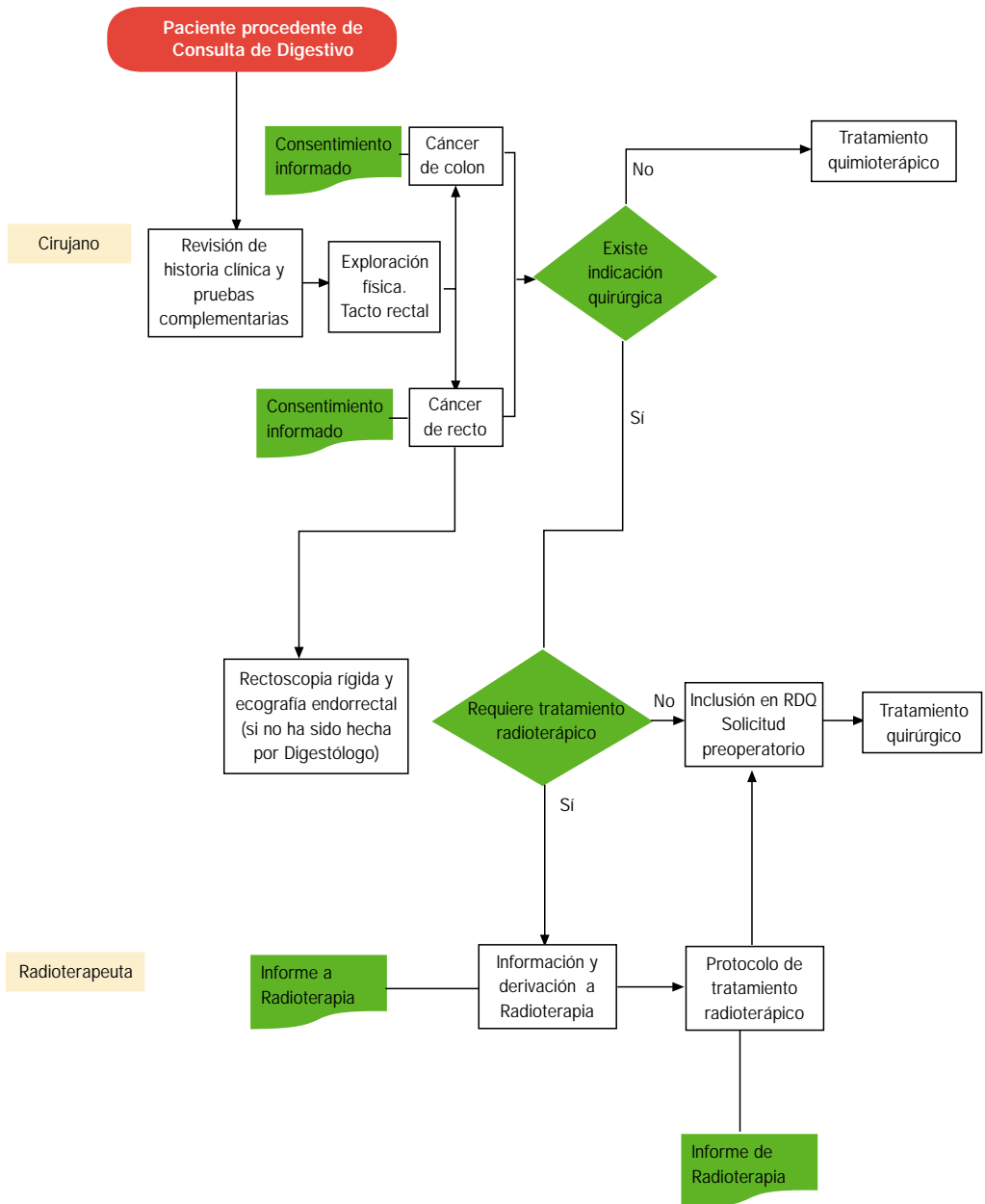
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: SEGUIMIENTO

PROCESOS ESTRATÉGICOS

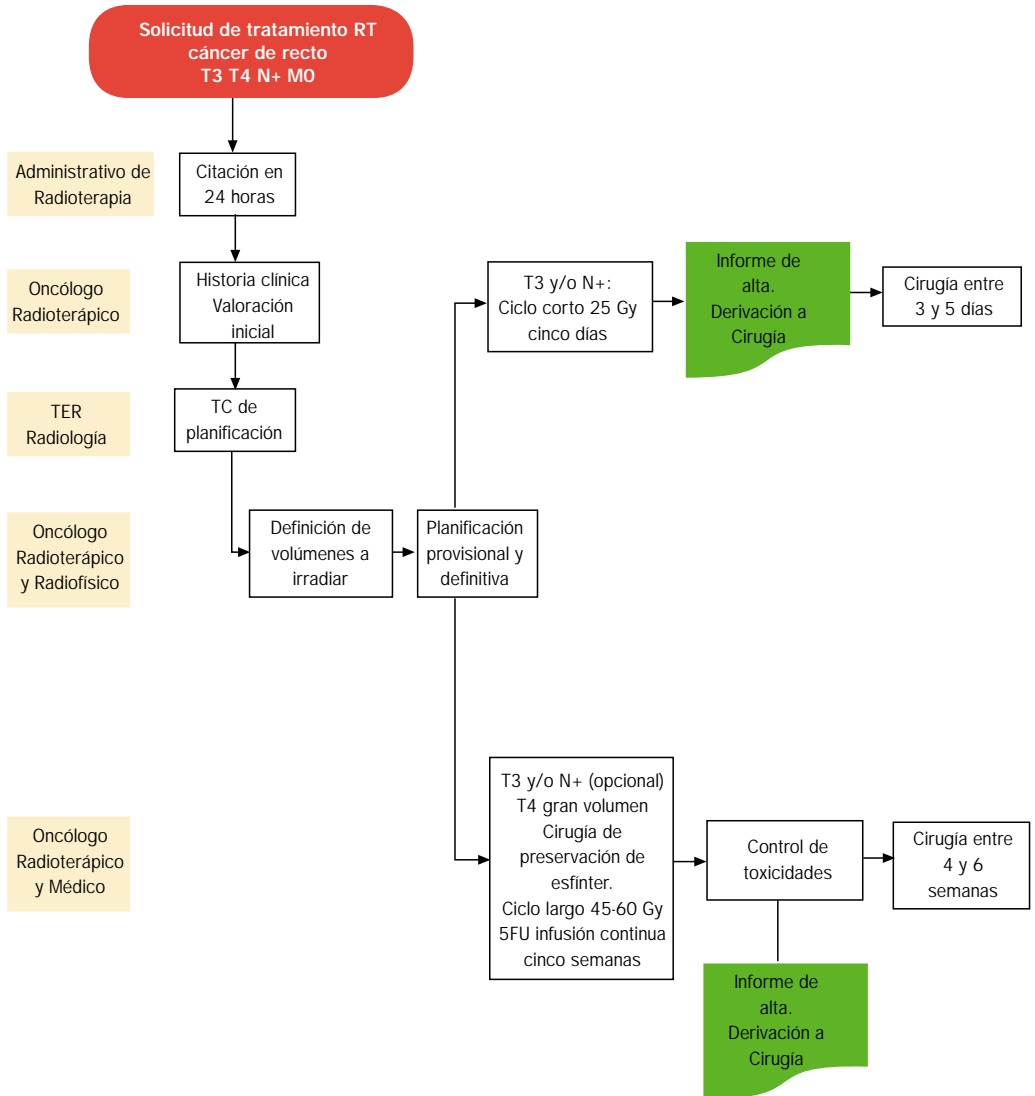




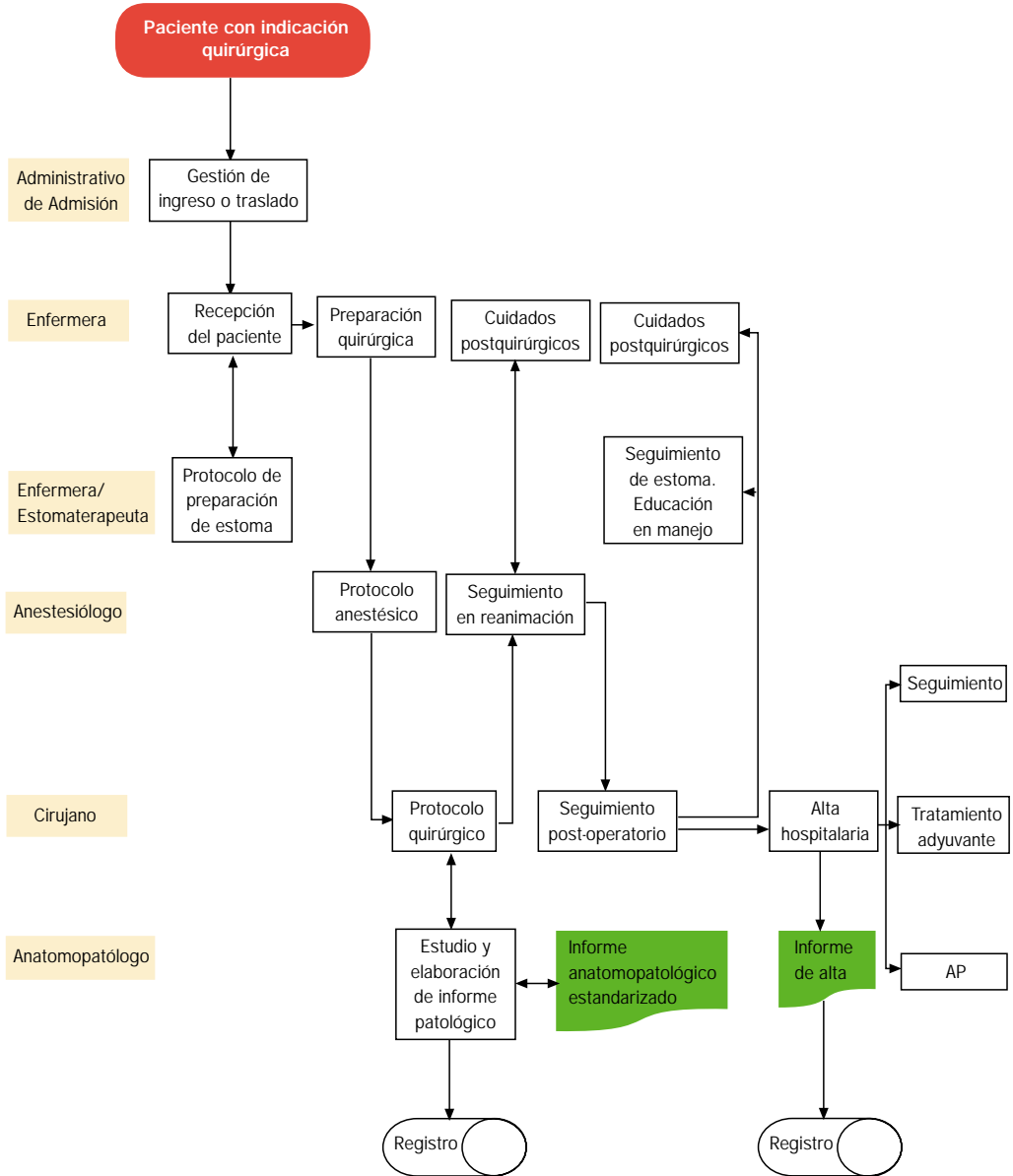




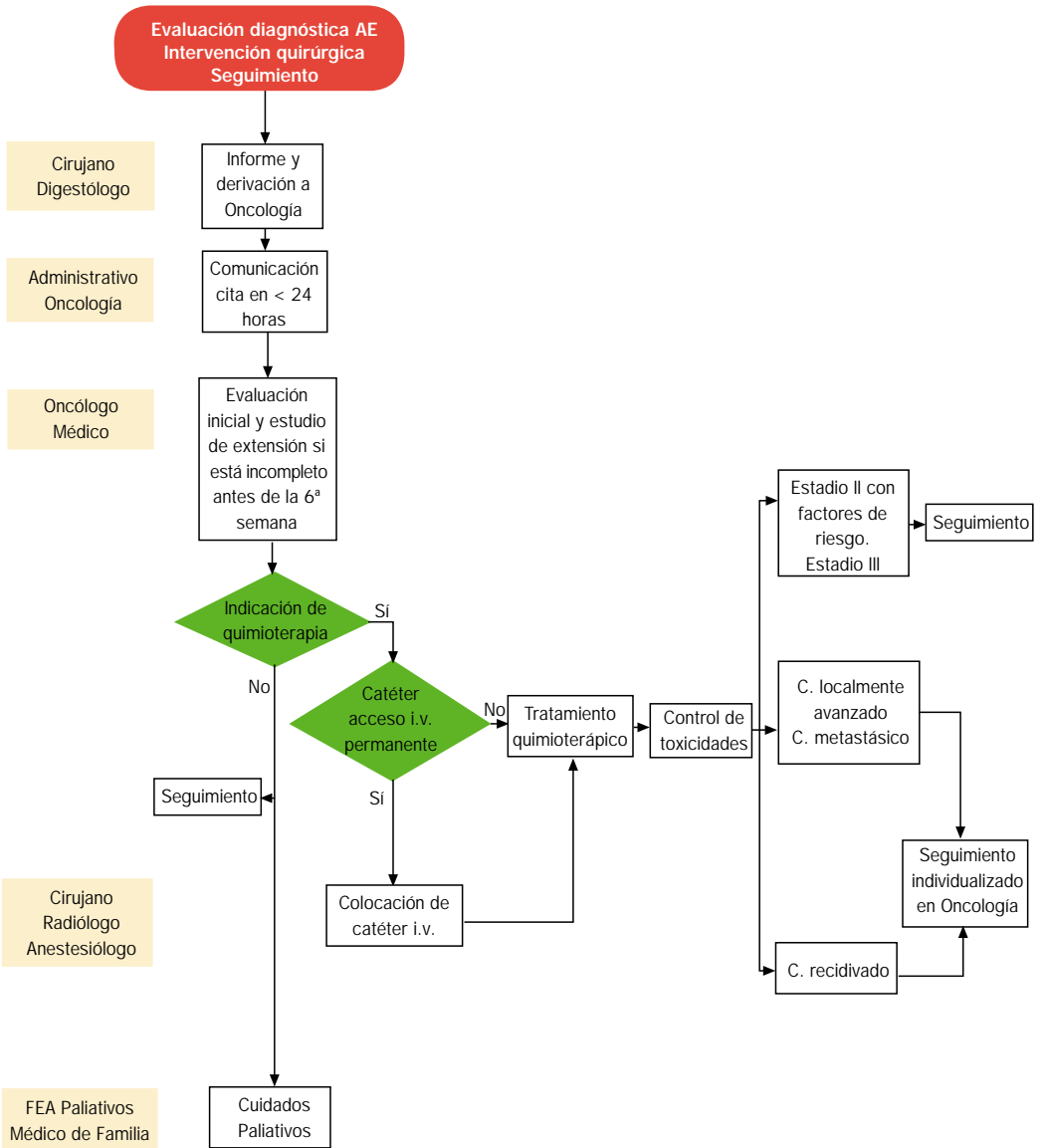
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRATAMIENTO NEOADYUVANTE



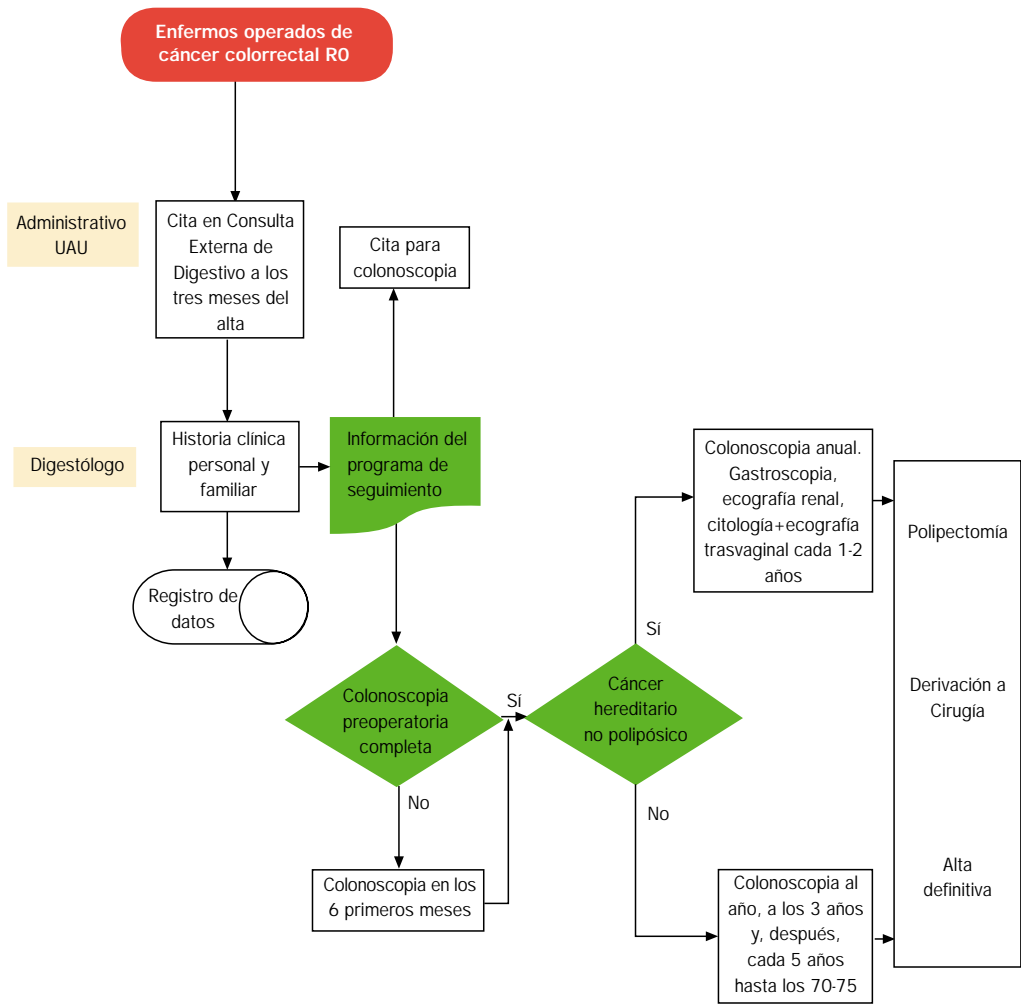
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO



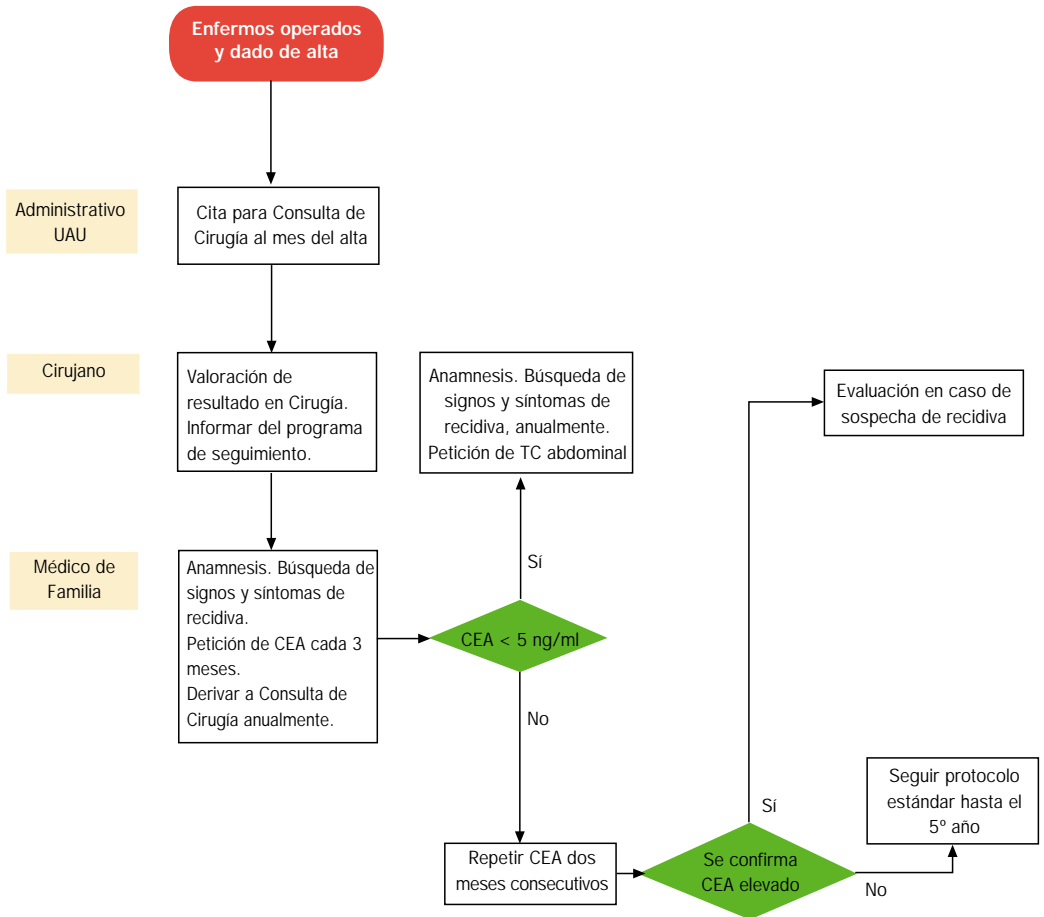
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE



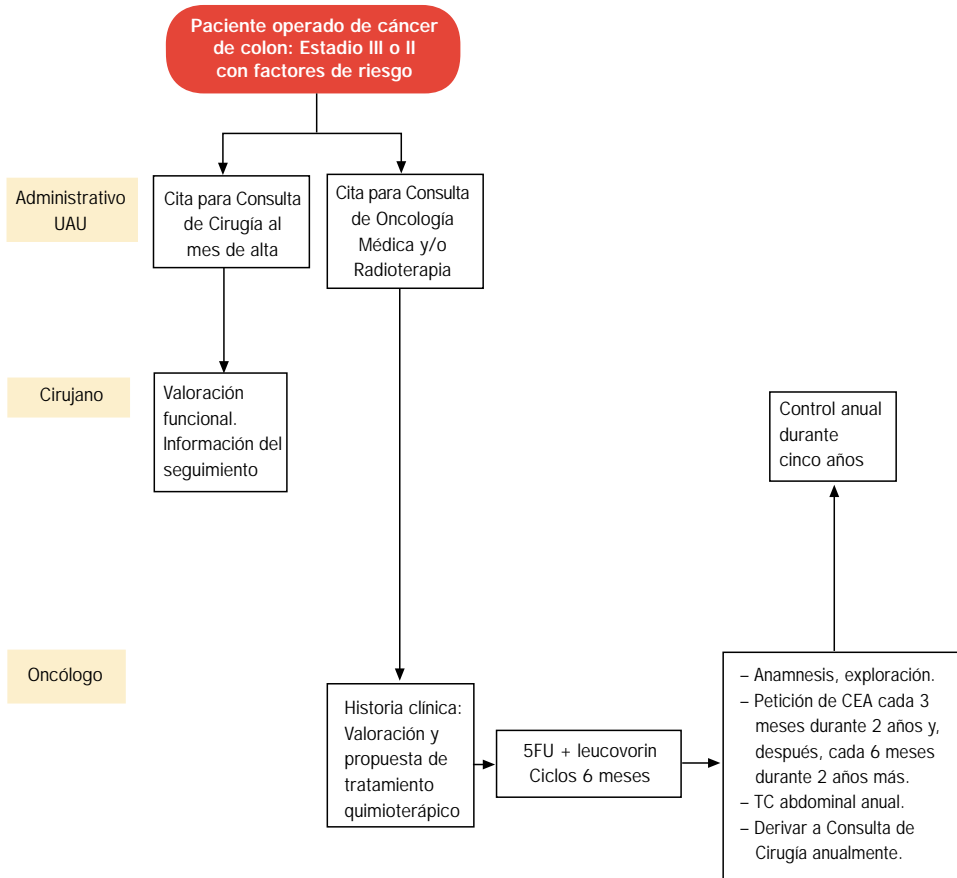
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: SEGUIMIENTO DE PÓLIPOS Y TUMORES METACRÓNICOS



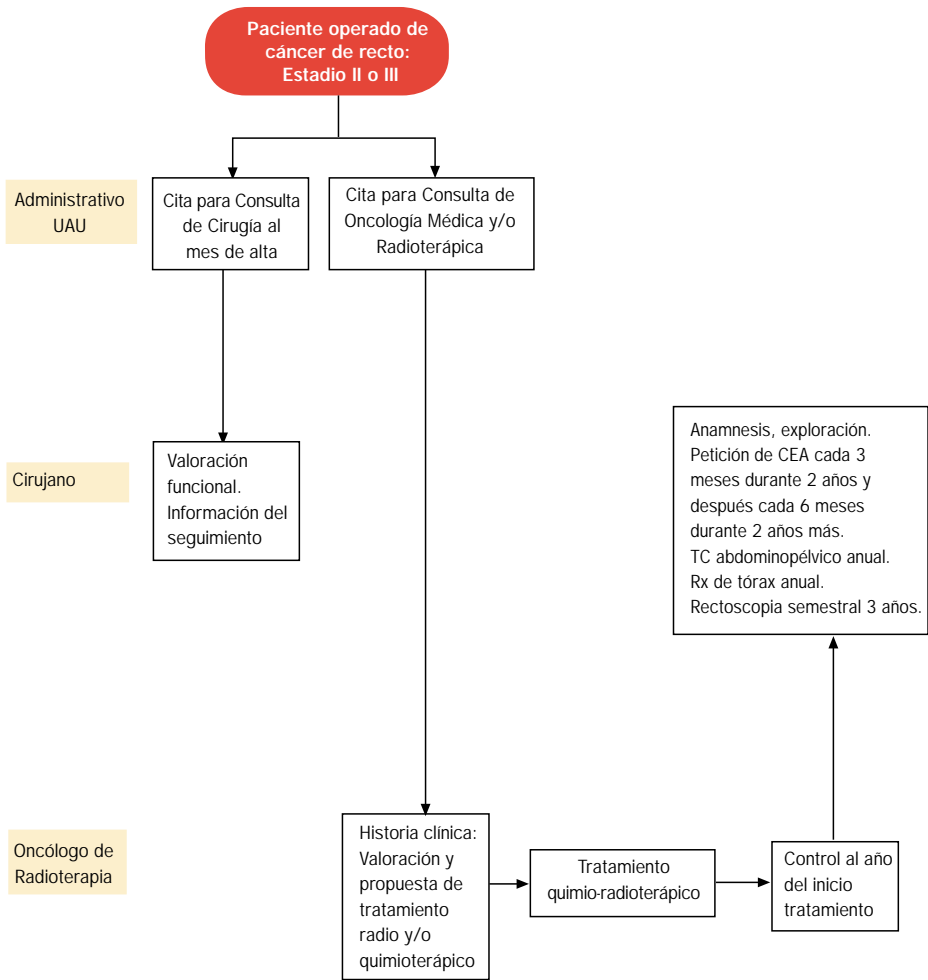
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: SEGUIMIENTO DE CÁNCER DE COLON
ESTADIO II SIN FACTORES DE RIESGO



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: SEGUIMIENTO DE CÁNCER DE COLON
ESTADIOS III Y II CON FACTORES DE RIESGO



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: SEGUIMIENTO DE CÁNCER DE RECTO ESTADIOS II Y III



6 INDICADORES

INDICADORES DEL PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER COLORRECTAL

1. Indicadores de tiempo de ejecución

Demora para consulta especializada:

Fecha de solicitud de consulta especializada - Fecha de 1ª consulta especializada
< 10 días.

Demora para intervención quirúrgica:

Fecha de confirmación diagnóstica - Fecha de intervención quirúrgica
< 4 semanas

Demora de tratamiento neoadyuvante:

Fecha de confirmación diagnóstica - Fecha de inicio de tratamiento neoadyuvante
< 4 semanas

Demora en el cumplimiento de tiempos radioterapia preoperatoria:

Fecha de finalización del ciclo de radioterapia preoperatorio - Fecha de intervención
Ciclo corto: < 10 días Ciclo largo: < 6 semanas

Demora tratamiento coadyuvante:

Fecha post-intervención - Fecha de inicio de tratamiento coadyuvante
6-8 semanas

2. Indicadores de calidad científico-técnica

Tasa de colonoscopias completas:

Número de colonoscopias completas/Número total de colonoscopias x 100

> 80%

Introducción de datos en base específica de cáncer colorrectal:

Introducción de los datos en base específica de cáncer colorrectal, al alta y durante el seguimiento

100%.

Tasa de resección curativa:

Número de resecciones curativas/Número total de resecciones x 100

> 60%

Tasa de tumores rectales tratados con RAP:

Número de resecciones RAP/Número total de resecciones x 100

< 40%

Número de ganglios linfáticos resecaados:

Número de ganglios aislados de la pieza quirúrgica con/sin afectación neoplásica

≥ 12 ganglios

Tasa de incumplimiento de tratamiento neoadyuvante:

Número de casos con indicación de tratamiento neoadyuvante no enviados/Número total de casos con indicación de tratamiento neoadyuvante x 100

0

Tasa de incumplimiento de tratamiento coadyuvante:

Número de casos con indicación de tratamiento coadyuvante no enviados/Número total de casos con indicación de tratamiento coadyuvante x 100

0

3. Indicadores de efectividad

Tasa de recurrencia local:

Número de recurrencias locales/Número total de intervenciones curativas x 100

< 10%

Tasa de mortalidad operatoria:

Número de *exitus* < 30 días tratados/Número total de casos tratados x 100

5% cirugía electiva 20% cirugía urgente

Tasa de infección de herida quirúrgica:

Número total de infecciones de herida quirúrgica/total de intervenciones x 100

< 10%

Tasa de dehiscencia anastomótica:

Número de dehiscencias anastomóticas/Número total de intervenciones x 100

< 4% (global) < 8% (resección anterior)

Supervivencia global (5 años):

Supervivencia global por estadios

T1 NO MO 85%

N1 N2 35%

T2 T3 65%

4. Indicadores de satisfacción y producción de servicios

Número de reclamaciones recibidas relacionadas con el proceso:

Número de reclamaciones recibidas relacionadas con el proceso/Número total de casos tratados x 100

< 1%

Número de reintervenciones:

Número de reintervenciones con carácter urgente relacionadas con el proceso/Número total de casos x 100

< 5%

Número de reingresos:

Número de reingresos relacionados con el proceso < 30 días/Número total de casos tratados x 100

< 3%

Cooperación entre niveles:

Informes de alta y de continuidad de cuidados remitidos a AP/Número total de altas x 100

100%

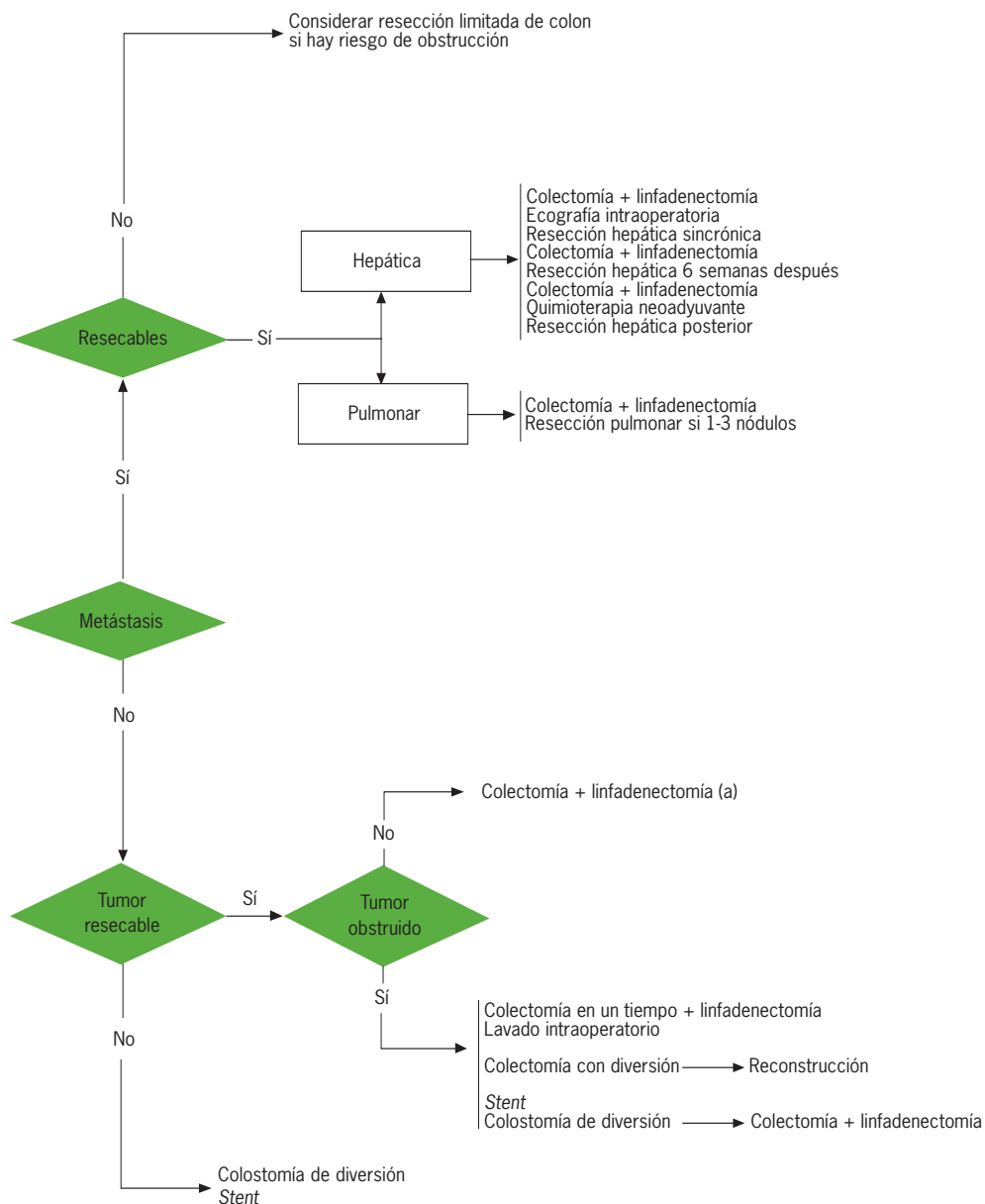
CRITERIOS DE SOSPECHA DE CÁNCER COLORRECTAL

- Rectorragia con alteración del hábito intestinal, diarrea y/o aumento de la frecuencia defecatoria persistente más de seis semanas. En cualquier edad.
- Alteración del hábito intestinal, diarrea y/o aumento de la frecuencia defecatoria, sin rectorragia, persistente más de seis semanas. En personas de más de sesenta años.
- Rectorragia persistente sin síntomas anales (prurito, disconfort, hemorroides, proctal-gia, fisura, prolapso). En personas de más de sesenta años.
- Masa palpable en fosa ilíaca derecha. En cualquier edad.
- Masa palpable en recto. En cualquier edad.
- Anemia inexplicada por debajo de 11 g/dl de Hb en hombres. En cualquier edad.
- Anemia inexplicada por debajo de 10 g/dl de Hb en mujeres postmenopáusicas.
- Tacto rectal positivo.

Se ha estimado que la presencia de estos criterios de alto riesgo identifica entre el 85% - 90% de los pacientes que presentan un cáncer colorrectal.

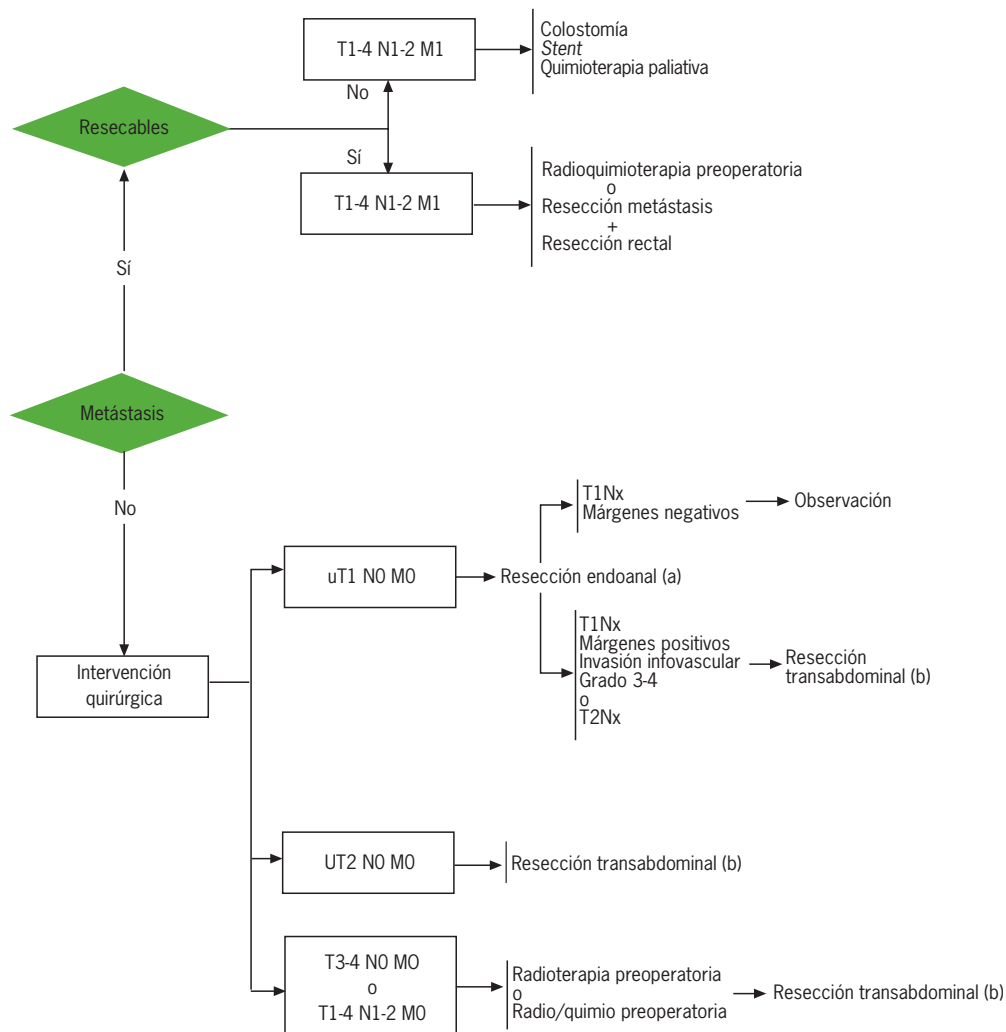
Los enfermos que presentan estos signos/síntomas por primera vez o de forma persistente deben ser remitidos al Digestólogo en un plazo inferior a 10 días hábiles.

INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE CÁNCER DE COLON



(a) Considerar colectomías más extensas en pacientes con historia familiar de cáncer colorrectal o en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal antes de los 50 años de edad.

INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE CÁNCER DE RECTO



(a) La estadificación preoperatoria debe basarse en una ecografía endorrectal o RM. Los criterios para la resección endoanal son: < 30% circunferencia; < 3 cm de tamaño; margen libre de 3 mm; móvil; dentro de 8 cm del margen anal; sin invasión linfovascular o perineural; bien o moderadamente diferenciado.

(b) Resección abdominoperineal o resección anterior o coloanal anastomosis con excisión total de mesorrecto.

PREPARACIÓN MECÁNICA DEL COLON¹

La preparación mecánica del colon es hoy en día una práctica habitual en la cirugía colorectal. Sin embargo, existen ya numerosos estudios que no han demostrado el beneficio de la preparación cólica en pacientes sometidos a cirugía de colon izquierdo o recto, sobre todo en la era de los potentes antibióticos sistémicos.

Por ello, no pueden darse recomendaciones definitivas en este sentido, pero la opinión de la mayoría aboga todavía por la preparación intestinal mecánica.

- En la actualidad el sistema más idóneo es el lavado oral anterógrado, pudiéndose utilizar dos productos:
 - Los fosfatos mono y disódico, siendo posiblemente lo más utilizado, por ser fácil de emplear y mejor tolerado por el paciente. Consiste en la administración de dos dosis de 45 ml diluidas en un vaso de agua el día antes de la intervención. Durante todo el día se recomienda una ingesta hídrica abundante, que puede ser complementada con soluciones hidroelectrolíticas de reposición.
 - La solución de polietilenglicol utiliza volúmenes de líquido (2-4 litros) en un periodo de tiempo (2-4 horas). Una ingesta excesivamente rápida se tolera mal, ocasionando vómitos y desequilibrios electrolíticos, mientras que una ingesta más prolongada de lo recomendado ocasiona una sobrecarga hídrica y un fracaso de la limpieza.
- Aparte del íleo, que es la contraindicación primordial de toda preparación anterógrada, debe evitarse su utilización en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y con insuficiencia renal grave. En pacientes con cardiopatías o nefropatías leves, debe administrarse con precaución, reajustando la dosis y monitorizando el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base.

¹. Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los Hospitales del SAS. Medidas de control. 2002.

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL ENFERMO²

DÍA PREVIO A LA INTERVENCIÓN:

Lavado completo con jabón o jabón antiséptico –solución de clorhexidina–, incluyendo cuero cabelludo y con atención especial a la región umbilical, región inguinal, axilas, fosas nasales, boca (solución antiséptica), uñas (recortadas y desprovistas de esmalte) y zona de intervención.

Se retiran joyas, adornos, y prótesis, así como maquillajes y lacas de uñas.

Informar que no debe aplicarse, tras la higiene, maquillaje, crema corporal, colonia, desodorante, ni esmalte de uñas.

DÍA DE LA INTERVENCIÓN:

Rasurado:

Se desaconseja el rasurado mecánico (maquinilla o cuchillas) el día antes, por las micro-erosiones y microtraumatismos que ocasionan en la piel, que conllevan el aumento de contaminación bacteriana. El rasurado no es imprescindible en todos los casos y, si se hace, se aconseja realizarlo el mismo día y lo más cercano posible a la intervención quirúrgica. Se ha demostrado que el riesgo de infección disminuye si el rasurado se efectúa poco antes de la cirugía.

Se recomienda emplear rasuradora/maquinilla eléctrica con cabezal desmontable o maquinilla manual que deje aproximadamente un milímetro de longitud del vello.

Rasurado de la zona, previo a la higiene.

El rasurado lo realizará el barbero o personal sanitario siguiendo los criterios arriba mencionados.

Se aconseja que, en la medida de lo posible, se repita de nuevo la higiene corporal con jabón antiséptico a la hora más cercana a la intervención. No olvidar hacer una buena higiene oral y enjuagar posteriormente con antiséptico bucal momentos antes de la intervención.

Aplicación de antiséptico en la zona rasurada, realizándose del centro hacia fuera, y cubriendo la zona con un paño estéril.

Una vez realizada la higiene del paciente, se le facilitará un camisón o pijama limpios y se le pondrá ropa de cama también limpia.

² Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los Hospitales del SAS. Medidas de control. 2002.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL³

El papel de la profilaxis antibiótica en la prevención de las complicaciones infecciosas tras la cirugía está muy bien establecido, disminuyendo la morbilidad post-operatoria, acortando la estancia post-operatoria y reduciendo los costes.

Por tanto, se recomienda la profilaxis antibiótica en todos los casos de pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía por cáncer colorrectal. Respecto a las pautas, normalmente, una dosis única intravenosa preoperatoria de los antibióticos adecuados parece ser suficiente. Cuando se decida alargar la profilaxis, como regla general, debe suspenderse tras un periodo de 24 horas después del procedimiento quirúrgico.

Sin embargo, la profilaxis antibiótica es sólo un medio de prevención más entre los múltiples que deben ponerse en marcha para evitar la infección quirúrgica. Su importancia es siempre relativa, estando supeditada al resto de medidas, que nunca pueden ser sustituidas por la profilaxis antibiótica.

Recomendaciones generales

Las siguientes recomendaciones generales se derivan de los principios básicos de la profilaxis con antibióticos perioperatoria (PAP) y consideran también los estándares de calidad de profilaxis antimicrobiana en los procedimientos quirúrgicos, publicados conjuntamente por las siguientes sociedades: Infectious Diseases Society of America, Society for Hospital Epidemiology of America, Surgical Infection Society, Centers for Disease Control and Prevention, Obstetrics and Gynecology Infectious Diseases Society, Association of Practitioners of Infection Control; y por la Asociación Española de Cirujanos y el Plan Nacional para el Control de las Infecciones Quirúrgicas.

1. La administración del antimicrobiano debe realizarse siempre dentro de un periodo de dos horas antes de que se inicie el procedimiento quirúrgico (la profilaxis oral en cirugía de colon y recto sería una excepción a esta regla). La administración en el momento previo a la incisión (inducción anestésica) es el momento más recomendable.
2. La vía endovenosa es la vía de elección.
3. La dosis de antibiótico administrada debe ser elevada y debe oscilar siempre dentro del intervalo superior de la dosis terapéutica.
4. Si la intervención quirúrgica tiene una duración anormalmente superior a la esperada, o la cantidad de sangre perdida es importante (más de un litro), está indicado dar una segunda dosis del mismo antibiótico. Esta segunda dosis debe ser administrada a las dos horas de la primera, como regla general.

³ Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los Hospitales del SAS. Medidas de control. 2002.

5. Hay algunas situaciones en las que las recomendaciones generales para emplear PAP no deben utilizarse o deben modificarse: alergia a fármacos o historia previa de enfermedad valvular cardíaca.

Antibióticos recomendados en pacientes adultos con función renal normal

- Amoxicilina/clavulánico 2 g. i.v.
- Cefoxitina 2 g. i.v.
- Gentamicina (2 mg/kg), tobramicina (2 mg/kg) o cefuroxima (1,5 g.) + metronidazol (1 g) i.v.

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL

El riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) se extiende a todos los tipos de cirugía mayor. Los enfermos sometidos a cirugía de colon y recto por cáncer tienen un riesgo particularmente elevado de trombosis y su más dramática consecuencia: el tromboembolismo pulmonar (TP) y la muerte.

Cuando no se toman las medidas profilácticas adecuadas, el riesgo de TVP puede ser tan alto como del 40% según estudios que han utilizado fibrinógeno marcado. El embolismo pulmonar puede ocurrir hasta en un 5% de estos casos no protegidos.

Un meta-análisis de diversos estudios publicados ha demostrado que los porcentajes de TVP, EP y muerte pueden reducirse de forma significativa en pacientes quirúrgicos con la aplicación de heparina subcutánea.

Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) han demostrado una eficacia similar a la heparina estándar, si bien las complicaciones relacionadas con el sangrado parecen ser menores.

Es de extrema importancia ajustar la dosis a la estratificación del riesgo y al peso del enfermo.

Por todo ello, se recomienda el empleo de heparinas de bajo peso molecular en la cirugía del cáncer colorrectal, a menos que exista una contraindicación específica.

Una situación no aclarada todavía es el tiempo que debe durar la profilaxis en el periodo post-operatorio. Un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, doble ciego, en el que se utilizó HBPM durante 10 días, en pacientes sometidos a cirugía por cáncer, demostró un 15% de trombosis venosa profunda.

Recientemente, Bergvist et al. han demostrado una disminución de la trombosis venosa profunda en pacientes sometidos a cirugía por cáncer, en los que se prolongó la profilaxis con HBPM hasta 4 semanas después de la intervención quirúrgica, del 12% en el grupo tratado diez días y del 4,8% en el grupo tratado durante 4 semanas con una $p=0,02$.

Factores de riesgo de trombosis venosa profunda post-operatoria

- Cirugía abdominal mayor y cirugía pélvica.
- Edad mayor de 40 años. El riesgo se incrementa exponencialmente con la edad.
- Antecedente de enfermedad venosa tromboembólica.
- Estados hereditarios de hipercoagulabilidad.
- Enfermedad neoplásica.
- Obesidad mórbida.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.

- Accidente vascular cerebral con parálisis.
- Inmovilización prolongada.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Infarto agudo de miocardio.
- Anticonceptivos orales.
- Tamoxifeno.

PROTOCOLO DE ENVÍO DE PIEZAS A ANATOMÍA PATOLÓGICA

Datos que debe incluir el informe de solicitud para todas las muestras de cualquier procedencia

Identificación del paciente:

- Nombre y apellidos, edad y sexo.
- Números de historia clínica y nº de afiliación a la S.S.
- Procedencia.
- Médico responsable, fecha de exploración e información clínica.

Datos de la historia relevantes:

- Se reflejará la presencia de:
 - Adenomas o carcinomas de colon previos.
 - Adenomatosis polipoide familiar.
 - Cáncer colorrectal familiar no asociado a poliposis.
 - Poliposis hamartomatosa familiar.
 - Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
 - Rasgos endoscópicos o quirúrgicos relevantes.
- Procedimiento de extracción de la muestra.
- Especificación anatómica de las muestras.

Procedimiento de envío según el tipo de muestra:

- Biopsias procedentes de endoscopias:
 - Mandar los especímenes fijados en formol tamponado al 10%. Especificar en el bote correctamente la identificación del paciente, así como la localización precisa de la toma en caso de biopsias múltiples.
- Polipectomías:
 - Mandar los especímenes fijados en formol tamponado al 10%. Si hay más de un pólipo mandarlos en frascos distintos con identificación topográfica. Si es posible, mandar el pólipo íntegro.
 - Si se toman biopsias de la base del pólipo, mandarlas en bote separado con identificación de la procedencia de la muestra tanto en la solicitud como en el bote.
- Resección transanal:
 - Mandar los especímenes fijados en formol tamponado al 10%.

- Se deben mandar orientados y extendidos sobre un corcho o cartón. Además, se deben marcar las zonas que se consideren problemáticas e indicar el marcaje en la hoja de solicitud.
- Resección segmentaria:
 - Cuando la muestra va a llegar al Patólogo de forma casi inmediata es mejor que se remita en fresco, envuelta en gasas humedecidas en suero fisiológico.
 - Cuando la pieza no llega inmediatamente a las manos del Patólogo, principalmente si la demora es de un fin de semana, se debe mandar la pieza en formol y, a ser posible, abierta y limpia. Abrir la pieza con un trayecto único, longitudinalmente y sin seccionar el tumor en el caso de que no sea circunferencia. Se deben marcar el punto del borde radial que ha sido más difícil de separar en el acto quirúrgico.
 - Si se pretende un estudio intraoperatorio, remitir las muestras en fresco envueltas en una gasa humedecida con suero fisiológico, o en un frasco en suero fisiológico, pero nunca en formol.

METODOLOGÍA TÉCNICA DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

Estudio macroscópico:

- Disecar los ganglios linfáticos en el mesenterio fresco.
- Pintar con tinta china el margen radial para su evaluación microscópica posterior.
- Fijar la pieza antes de tallarla. La duración de la fijación se deja a criterio del Patólogo. No deben fijarse en exceso las piezas.
- Si se obtiene material para estudios especiales, mantener siempre la integridad de la pieza para el estudio anatomopatológico.
- Tomar como mínimo tres bloques del tumor de forma que demuestren la máxima profundidad y permitan estudiar la configuración del borde de crecimiento del tumor. Se recomienda realizar cinco bloques para una óptima identificación de la invasión venosa extramural. Incluir el tumor entero si ocupa menos de tres bloques.
- Incluir secciones de todos los ganglios linfáticos identificados. Se considera aconsejable extraer entre 12 y 15 ganglios para asegurar la ausencia de metástasis. Los ganglios microscópicamente negativos, así como los dudosos, se deben incluir enteros. Si los ganglios son microscópicamente positivos, incluir una sección representativa.

Estudio microscópico:

- Cuando se habla de carcinoma *in situ*, especificar si es displasia de alto grado/carcinoma intraepitelial o carcinoma intramucoso.
- Para hablar de perforación serosa es necesaria la rotura de la serosa en la superficie intestinal lo que se puede ver como: a) Inflamación mesotelial/hiperplasia con tumor próximo pero no sobre la superficie. b) Tumor presente en la superficie serosa con inflamación hiperplásica. c) Células tumorales sueltas en la superficie serosa con ulceración del peritoneo visceral.
- Indicar el estado de cada margen quirúrgico por separado: proximal, distal y radial.
- Se considera micrometástasis linfáticas todo foco de tumor que mide 2 mm o menos, independientemente de si se acompañan de tejido linfático identificable.
- Dada la importancia demostrada de la invasión de vasos pequeños de la submucosa en los pólipos y en las resecciones transanales, siempre debería estar consignada dicha invasión mencionada, incluso la ausencia de la misma.
- Debe informarse de la invasión de las venas extramurales, ya que aumenta el riesgo de metástasis, principalmente hepáticas. Para confirmar la presencia de invasión vas-

cular extramural se requiere la presencia de lámina elástica. Los vasos pequeños se deben denominar vasos angiolinfáticos.

- En el caso de tumores rectales el margen radial se debe considerar como un margen quirúrgico más y consignar siempre su estado positivo o negativo. Indicar siempre la distancia mínima entre el tumor o ganglio afectado y el margen, para lo que es inestimable el marcaje con tinta. Dicha distancia tiene claro significado pronóstico en cuanto a la recurrencia local.
- Se aconseja utilizar únicamente dos grados histológicos: el alto y el bajo. Se considerará tumores de alto grado aquellos con una formación de glándulas inferior al 50%.
- Si el tumor ha recibido tratamiento neoadyuvante previo se considera enfermedad residual la presencia de tumor viable.
- Consignar el tipo histológico según la clasificación de la OMS. Los tumores mixtos se denominan según el patrón dominante.

CARACTERÍSTICAS DEL INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

I. Resecciones locales

Se incluyen los pólipos resecaados por vía endoscópica histológicamente malignos y los tumores sesiles tratados mediante resección quirúrgica transanal. Todos los parámetros referidos a continuación deberían ser incluidos en el informe.

Pólipos

Descripción macroscópica:

- Número de fragmentos remitidos. Especificar si está multifragmentado impidiendo el reconocimiento de la base de implantación.
- Dimensiones, especificando el eje y la longitud del diámetro mayor.
- Existencia o no de tallo y diámetro de la base del pólipo o del tallo en su implantación.

Descripción microscópica:

A criterio del Patólogo.

Diagnóstico anatomopatológico:

- Localización de la muestra según la indicación de la hoja de solicitud de estudio.
- Tipo de muestra.
- Tipo histológico del tumor.
- Grado histológico del tumor.
- Nivel de infiltración (especificar si no se puede valorar).
- Estado del pedículo (especificar si no se puede valorar).
- Estado del margen de resección (especificar si no se puede valorar).
- Imágenes de permeación vascular o perineural.

Resección transanal

Descripción macroscópica:

- Número de fragmentos remitidos, especificar si está multifragmentado y orientado.
- Dimensiones. Características del tumor: tamaño, espesor, forma, evidencia macroscópica de necrosis o hemorragia, extensión del espesor parietal, presencia de nódulos satélites.
- Distancia del tumor a los distintos bordes quirúrgicos. Presencia o no de otros pólipos.

Descripción microscópica:

- A criterio del Patólogo.

Diagnóstico anatomopatológico:

- Tipo de muestra y nivel parietal más profundo incluido en la muestra.
- Tipo histológico del tumor. Grado histológico. Tamaño.
- Nivel de infiltración (especificar si no se puede valorar).
- Estado de los márgenes de resección (especificar si no se puede valorar). Margen más próximo y distancia del tumor.
- Imágenes de permeación vascular y/o perineural.

II. Resecciones segmentarias

Descripción macroscópica:

- Indicar la parte del intestino a la que corresponde, la longitud, y si incluye o no mesenterio.
- Características del tumor: tamaño, incluyendo espesor, extensión circunferencial, evidencia microscópica de necrosis o hemorragia, extensión en el espesor parietal, afectación serosa, nódulos satélites, evidencia de invasión vascular o a órganos contiguos.
- En tumores de recto, distancia del tumor a la línea pectínea, localización con respecto a la reflexión peritoneal, distancia a los bordes. Presencia o no de otros pólipos.
- Número de ganglios aislados y número de ganglios afectados por el tumor.

Descripción microscópica:

A criterio del Patólogo.

Diagnóstico anatomopatológico:

- Localización del tumor.
- Tipo histológico. Clasificación OMS.
- Grado histológico.
- En caso de tratamiento neoadyuvante, especificar si persiste el tumor y estimar la cuantía del mismo.
- Extensión de la invasión a través de la pared intestinal.
- Afectación de la serosa del tumor.
- Afectación de los márgenes quirúrgicos (incluidos los "donuts" en los casos de suturas automáticas). En caso de tumores rectales por debajo de la reflexión peritoneal, el margen circunferencial radial. Los tumores situados a menos de 1 mm del margen de resección radial, se consideran incompletamente resecados.
- Número de ganglios examinados, número de ganglios afectados por el tumor y si el ganglio apical está afectado.
- Invasión vascular extramural e invasión perineural.
- Estado de la mucosa no neoplásica.
- Estadificación del tumor según la clasificación TNM UICC 2002.

PROCEDIMIENTO DE UBICACIÓN DE UN ESTOMA

La elección del lugar de un estoma tiene gran importancia y debe ser un procedimiento obligatorio en toda la cirugía donde se prevea su realización.

El marcaje de la posible ubicación del estoma se hará el día previo a la intervención teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

- Evitar prominencias óseas (cresta ilíaca y parrilla costal).
- Evitar la depresión umbilical.
- Evitar la flexura de la ingle.
- Evitar la línea natural de la cintura y los pliegues de grasa.
- Evitar la zona media del pubis.
- Evitar cicatrices anteriores y orificios de drenaje.
- Evitar zonas de roce continuo.
- Evitar pliegues cutáneos.
- Evitar zonas afectadas por enfermedades de la piel.
- Siempre que sea posible a través del músculo recto.

También debemos tener en cuenta otros detalles como:

- En pacientes obesos, los cuales suelen perder peso tras la intervención, es conveniente señalar el estoma más arriba que en los pacientes de complexión normal.
- Cuando marquemos la zona de una ileostomía en una persona con un peso inferior al ideal, hay que tener en cuenta que puede sufrir un aumento de peso y de esta manera el marcaje del estoma quedaría demasiado alto.
- Deberá tenerse en cuenta la forma de vida del paciente: tipo de trabajo, aficiones, deportes, así como el tipo de ropa que usa habitualmente.

Previo a marcar el estoma nos presentaremos al enfermo, y le explicaremos el procedimiento. Con lenguaje sencillo le explicaremos qué es un estoma y qué función cumple.

Ileostomía:

Se trazan dos coordenadas imaginarias, una horizontal y otra vertical, en el abdomen del paciente, partiendo del ombligo. El estoma estará localizado en el cuadrante inferior derecho.

Colostomía izquierda descendente y sigmoidostomía:

Se trazará un triángulo cuyos vértices son: el ombligo, la cresta ilíaca izquierda y el punto medio del pubis. Se hallarán las bisectrices y el punto de intersección entre éstas es el sitio preferente.

Para señalar el estoma una vez decidida su ubicación se empleará un lápiz o rotulador indeleble. El marcaje se hará con el paciente en bipedestación, sentado y en decúbito supino, para comprobar que éste no queda debajo de ningún pliegue ni sobre una prominencia.

TERAPIA ADYUVANTE

I. Cáncer de colon

Estadio patológico tras cirugía

Tis T1N0M0 T2N0M0	Ninguna
T3N0M0	Ninguna
T3N0M0 con factores de riesgo: Invasión linfovascular, indiferenciado, perforado, obstruido, márgenes positivos o indeterminados	5 FU/ leucovorin ^(a) 6 meses
T4N0M0	5 FU/ leucovorin ^(a) 6 meses
T1-4 N1-2 M0	5 FU/ leucovorin ^(a) 6 meses
T1-4 N1-2 M1	5 FU/ leucovorin + oxaliplatino o irinotecam

Tumores irreseccables. Lesiones múltiples

• Estado funcional ECOG 0-2	Si tolera tratamiento agresivo: 5FU infusión continua + irinotecam u oxaliplatino
• Estado funcional ECOG >3	Derivar a Proceso Cuidados Paliativos

Recidiva local o a distancia

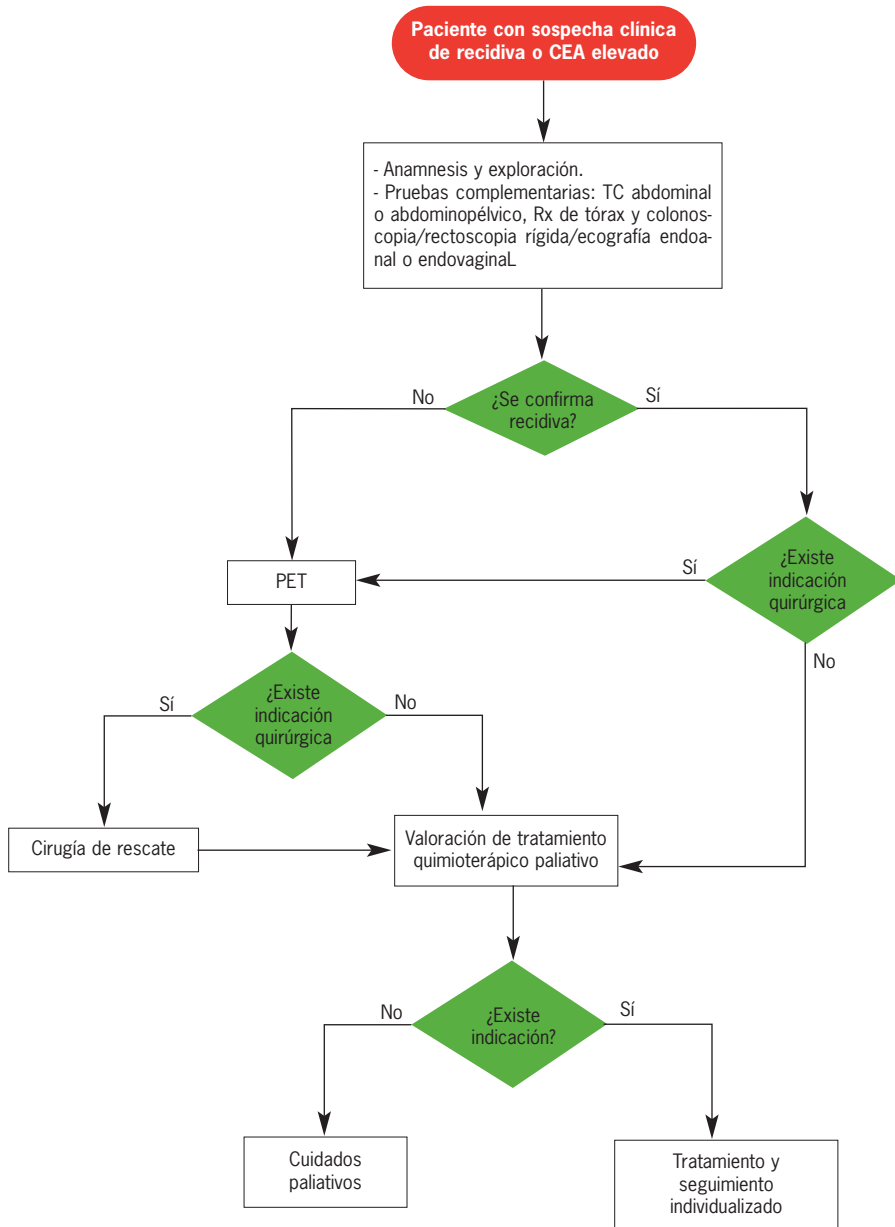
• 5FU/ leucovorin + irinotecam u oxaliplatino

^(a). En el momento actual, la combinación de regímenes incluyendo irinotecam, oxaliplatino y capecitabina no pueden ser recomendados como terapia adyuvante estándar. Aunque se han obtenido resultados iniciales en la mejora de supervivencia libre de enfermedad en pacientes en estadio III tratados con 5FU/leucovorin/oxaliplatino (Folfox), estudio Mosaic, se considera todavía precoz su uso rutinario.

II. Cáncer de recto

pT1-T2 N0 M0	Seguimiento
pT3 N0 M0 pT1-4, N1-2	5FU/ leucovorin + RT (Si no se dio RT preoperatoria)
Cualquier T o M1 Tumor irresecable Recidiva local o a distancia	5FU/ leucovorin + oxaliplatino o irinotecam
Si R1 tras radioterapia preoperatoria	Valorar sobreimpresión radioterápica

PROTOCOLO EN CASO DE SOSPECHA DE RECIDIVA



SEGUIMIENTO DE ENFERMOS OPERADOS DE CÁNCER COLORRECTAL CON INTENCIÓN CURATIVA RESECCIÓN RO

I. Seguimiento de enfermos operados de cáncer colorrectal para la detección de pólipos y tumores metacrónicos

Información del programa de seguimiento colonoscópico:

- La realizará el Digestólogo.
- Se realizará en los seis primeros meses después de la intervención. Al ser un paciente de riesgo elevado, al alta del Hospital, el Cirujano lo derivará a la Consulta de Digestivo para un seguimiento endoscópico. Susceptibilidad 0,6%-9% para tumores metacrónicos y 6%-40% para pólipos metacrónicos.
- Se registrará en la historia clínica el seguimiento y la historia familiar colorrectal.
- Se informará al paciente del programa de *screening* personalizado y se le citará para la primera colonoscopia.

Colonoscopia completa:

- Se realizará en la sala de endoscopias, con la técnica adecuada y según los protocolos de la unidad, previa preparación cólica con fosfato sódico del paciente en su domicilio, con la siguiente secuencia:
 - En los seis primeros meses de la intervención, si no tenía colonoscopia completa.
 - Al año de la intervención, si tenía colonoscopia completa previa limpia.
 - A los 3 años de la anterior colonoscopia, si fue limpia.
 - Cada 5 años hasta los 70-75 años.
- En casos de cáncer colorrectal no polipósico hereditario, la colonoscopia deberá hacerse cada año (30% de tumores metacrónicos en los 10 primeros años tras la resección segmentaria -American Cancer Association-). Cada 1-2 años deberá realizarse: gastroscopia, ecografía renal, citología y ecografía transvaginal, y aspirado endometrial.

II. Seguimiento de enfermos operados de cáncer de colon, que no reciben tratamiento quimioterápico. Estadio II (sin factores de riesgo)

Control de resultado quirúrgico precoz:

- Se realizará al mes del alta hospitalaria, en Consulta de Cirugía por el Cirujano General.
- Valorando el resultado funcional.

- Se informará al paciente sobre el tipo de seguimiento personalizado, y se remitirá al Médico de Familia un informe completo del tratamiento realizado e instrucciones escritas del seguimiento en Atención Primaria.

Petición de antígeno carcinoembrionario (CEA):

- El Médico de Familia, tras la remisión del paciente por el Cirujano, solicitará el CEA con la siguiente frecuencia:
 - Cada tres meses durante tres años.
 - Cada año durante dos años.
- En caso de CEA >5 ng/ml, repetir la determinación al mes. Si continúa elevado o existe sospecha clínica de recidiva, remitir con carácter preferente a la Consulta de Cirugía.
- Anualmente, se derivará a la Consulta de Cirugía por vía normal, remitiendo la evolución de los valores de CEA.

Evaluación anual por Cirujano General:

- Se realizará anualmente durante 5 años. Incluirá:
 - Anamnesis, exploración clínica y valoración funcional; orientada a la búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Pruebas complementarias: TC abdominal, análisis de la evolución del CEA.
 - Registro de la información.
- Se remitirá un informe sobre la evolución del paciente al Médico de Familia y al Servicio de Oncología Médica.
- La última revisión de la Cochrane 2002, en un meta-análisis de tres de los cinco estudios prospectivos que existen en la actualidad sobre seguimiento de cáncer colorrectal, concluye que la realización de una prueba de imagen hepática en el seguimiento aumenta la supervivencia. La sensibilidad para detectar metástasis hepáticas menores de 1 cm es del 20% para la ecografía y más del 50% para la TC.
- La petición de CEA se apoya en las recomendaciones de la ASCO de 2001.

III. Seguimiento de enfermos operados de cáncer de colon que reciben tratamiento quimioterápico. Estadio III y estadio II con factores de riesgo (cáncer perforado, obstruido, mal diferenciado, con invasión vascular, neural o linfática)

Control de resultado quirúrgico precoz:

- Se llevará a cabo por el Cirujano General.
- Se realizará al mes del alta hospitalaria en Consulta de Cirugía.
- Incluirá valoración del resultado funcional, y se informará al paciente sobre el tipo de seguimiento personalizado.

Tratamiento quimioterápico en los casos indicados:

- Se llevará a cabo por el Oncólogo Médico dentro de las primeras 6-8 semanas de la intervención quirúrgica, en el Servicio de Oncología Médica, según los protocolos establecidos.
- El seguimiento del paciente durante el tratamiento quimioterápico y los siguientes cinco años lo realizará el Servicio de Oncología Médica. Al final del primer año, se remitirá al paciente a Consulta de Cirugía con un informe del tratamiento realizado.
- El Servicio de Oncología médica solicitará una TC con periodicidad anual.

Petición de antígeno carcinoembrionario (CEA):

- El Servicio de Oncología Médica, solicitará el CEA con la siguiente frecuencia:
 - Cada tres meses durante tres años.
 - Cada año durante dos años.
- En caso de CEA >5 ng/ml, repetir la determinación al mes. Si continúa elevado o existe sospecha clínica de recidiva, iniciar el protocolo de diagnóstico de sospecha de recidiva.

Evaluación anual por Cirujano General:

- Se realizará anualmente durante 5 años, tras ser remitido por el Servicio de Oncología Médica. Incluirá:
 - Anamnesis, exploración clínica y valoración funcional; orientada a la búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Análisis de la evolución del CEA.
 - Registro de la información.
- Se remitirá al Médico de Familia un informe completo del tratamiento realizado hasta el momento.

IV. Seguimiento de enfermos operados de cáncer de recto estadios II y III:

Control de resultado quirúrgico precoz:

- Se realizará al mes del alta hospitalaria, en Consulta de Cirugía por el Cirujano General.
- Se valorará el resultado funcional y el estoma cuando exista.
- Se informará al paciente sobre el tipo de seguimiento personalizado, y se remitirá al Médico de Familia un informe completo del tratamiento realizado e instrucciones escritas del seguimiento en Atención Primaria.

Tratamiento quimioterápico/radioterápico en los casos indicados:

- Se llevará a cabo por el Oncólogo Médico y Radioterápico, dentro de las primeras 6-8 semanas de la intervención quirúrgica, en los Servicios de Oncología Médica y Radioterapia, según los protocolos establecidos.
- El seguimiento durante el tratamiento quimioterápico durante el primer año lo realiza Oncología Médica. A los seis meses, se solicitará una rectoscopia rígida a Cirugía para evaluar una posible recidiva local. Al final del primer año se remitirá a Consulta Externa de Cirugía con un informe del tratamiento realizado.

Petición de antígeno carcinoembrionario (CEA):

- El Cirujano solicitará el CEA con la siguiente frecuencia:
 - Cada tres meses durante dos años.
 - Cada año durante dos años.
- En caso de CEA >5 ng/ml, repetir la determinación al mes. Si continúa elevado, iniciar protocolo de sospecha de recidiva.
- En caso de sospecha clínica de recidiva: dolor abdominal o pélvico, estreñimiento, rectorragia, síntomas urinarios, obstrucción ureteral, tenesmo, úlceras perineales, trombosis venosa profunda o síntomas neurológicos en EEII, iniciar protocolo de sospecha de recidiva.

Evaluación semestral por Cirujano General:

- Se realizará semestralmente durante 3 años. Incluirá:
 - Anamnesis, exploración clínica y valoración funcional; orientada a la búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Pruebas complementarias: rectoscopia rígida, ecografía endorrectal o endovaginal (opcional), análisis de la evolución del CEA.
 - Registro de la información.
- Se remitirá un informe sobre la evolución del paciente al Médico de Familia y al Servicio de Oncología.

Evaluación anual por Cirujano General:

- Se realizará anualmente durante 5 años, tras ser remitido por el Servicio de Oncología Médica. Incluirá:
 - Anamnesis, exploración clínica y valoración funcional; orientada a la búsqueda de signos y síntomas clínicos de recidiva.
 - Pruebas complementarias: TC abdominopélvico, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal o endovaginal (opcional), análisis de la evolución del CEA y Rx de tórax.
 - Registro de la información.
- Se remitirá al Médico de Familia y a los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica un informe de la evolución hasta el momento.

ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
AJCC/UICC	American Joint Committee on Cancer/Union Internationales Contre le Cancer
AP	Atención Primaria
ASCO	American Society of Clinical Oncology
AVD	Actividades de la vida diaria
CC	Cáncer de colon
CCR	Cáncer colorrectal
CEA	Antígeno carcinoembrionario
CR	Cáncer de recto
DCCU-AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
SCCU-H	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario
ECG	Electrocardiograma
HBPM	Heparina de bajo peso molecular
ng	Nanogramo
ml	Mililitro
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAP	Profilaxis antibiótica perioperatoria
P111	Documento estandarizado de derivación desde AP a AE
PET	Positron emission tomography
RAP	Resección abdominoperineal
RD	Real Decreto
RDQ	Registro de demanda quirúrgica
RM	Resonancia magnética nuclear
TC	Tomografía axial computarizada
TER	Técnico Especialista en Radioterapia
TVP	Trombosis venosa profunda

UAU	Unidad de Atención al Usuario
WHO	World Health Organization
18FDG	18 fluoro-deoxiglucosa

- ACCMP (Advanced Colorectal Cancer Meta-analysis Project). Modulation of 5-fluoracil in patients with advanced colorectal cancer: evidence in terms of response rates. *J Clin Oncol* 1991; 10: 896-903.
- Adam IJ, Mohamedee MO, Martin IG, Scott, Quirke P et al. Role of circumferential margin involvement in the local recurrence of rectal cancer. *Lancet* 1994; 344: 707-711.
- ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons). Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 989-1006.
- Ajlouni M. The role of radiation therapy in the adjuvant treatment of rectal cancer. *Curr Opin Gastroenterol* 2001; 17: 86-90.
- ASCRS Practice parameters for the prevention of venous thromboembolism. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1037-1047.
- Audisio R, Geraghty J and Longo W. *Modern Management of Cancer the Rectum*. Springer. London 2001.
- Banerjee A, Jehle E, Shorthouse A and Buess G. Local excision of rectal tumours. *Br J Surg* 1995; 82: 1165-1173.
- Barlow A and Thompson N. Colonoscopic follow-up after resection for colorectal cancer: a selective policy. *Brit J Surg* 1993; 80: 781-784.
- Basha G, Landuyt W, Fowler J et al. An experimental evaluation of three preoperative radiation regimens for resectable rectal cancer. *Ann Surg Oncol* 2002; 9: 292-297.
- Bergqvist D, Agnelli G, Cohen A, Eldor A et al. Duration of prophylaxis against venous thromboembolism with enoxaparin after surgery for cancer. *N Engl J Med* 2002; 346: 975-980.
- Berman J, Cheung R and Weinberg D. Surveillance after colorectal cancer resection. *Lancet* 2000; 355: 395-399.
- Blumberg D and Ramanathan R. Treatment of colon and rectal cancer. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34: 15-26.
- Bohnen JM. Antimicrobial prophylaxis in general surgery. *Can J Surg* 1991; 34: 548-550.
- Bond JH. Polyp Guideline: Diagnosis, Treatment and Surveillance for patients with Nonfamilial Colorectal Polyps. *Ann Int Med* 1993; 119: 836-843.
- Borrás JM y Espinas JA. Cribado del cáncer colorrectal: entre las dudas y la evidencia. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16: 285-287.

- Boulos P and Wexner S. Current Challenges in Colorectal Surgery. W.B Saunders. London, 2000.
- Brennan T, Lippshutz G, Gibbs V et al. Total mesenteric excision in the treatment of rectal carcinoma: methods and outcomes. *Surg Oncol* 2002; 10: 171-176.
- Bruivels DJ, Stiggelbout, AM Kievit et al. Follow-up of patients with colorectal cancer. A meta-analysis. *Ann Surg* 1994; 219: 174-182
- Byers T, Levin B, Rothenberger D et al. American Cancer Society guidelines for screening and surveillance for early detection of colorectal polyps and cancer: update 1997. American Cancer Society Detection and Treatment Advisory Group on Colorectal Cancer. *CA Cancer J Clin* 1997; 47: 154-160.
- Follow-up of patients with colorectal cancer. A meta-analysis. *Ann Surg* 1994; 219: 174-182.
- Cainzos M, Lozano F, Frommer D. Cleansing ability and tolerance of three bowel preparations for colonoscopy. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 100-104.
- Cainzos M. Asepsia y Antiseptia en Cirugía. Protocolos de Profilaxis Antibiótica. Plan Nacional para el Control de las Infecciones Quirúrgicas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999; C-958.
- Cancer Epidemiology and Prevention. Oxford University Press. London 1996.
- Canon C, Baron T, Morgan D et al. Treatment of colonic obstruction with expandable metal stents: radiologic features. *AJR* 1997; 168: 199-205.
- Cedermark B, Johansson H, Reiger A et al. The Stockholm Colorectal Cancer Study Group. Pre-operative short-term radiation therapy in operable rectal carcinoma. A prospective randomised trial. *Cancer* 1990; 66: 49-55
- Cedermark B. For the Stockholm Colorectal Cancer Study Group. The Stockholm II trial on preoperative short term radiotherapy in operable rectal carcinoma. A prospective randomised trial. *Proc. ASCO* 1994; 198-204.
- Clinical outcomes of surgical therapy (cost) study group. Early results of laparoscopic surgery for colorrectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: S53-S58.
- Corman, ML. Colon and Rectal Surgery. Fourth Ed. Philadelphia. JB Lippincott Co. 1998.
- Checa J. Profilaxis antibiótica en cirugía colorrectal. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 81: 34-42.
- Dávila D, Alcaraz P, Apecechea A, Balibrea JL, Bouza E y cols. Asociación Española de Cirujanos. Protocolos recomendables de profilaxis antibiótica. *Rev Cir Esp* 1996; 59 (1):3-6.
- Darzi A, Lewis C, Menzies-Gow N et al. Laparoscopic abdominoperineal excision of the rectum. *Surg. Endosc* 1995; 9: 414-417.
- Delaney C, Laveryl, Brenner A et al. Preoperative radiotherapy improves survival for patients undergoing total mesorectal excision for stage T3 low rectal cancers. *Ann Surg* 2002; 236: 203-207.
- Dellinger EP, Gross PA, Barret TL et al. Quality standard for antimicrobial prophylaxis in surgical procedures. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 422-27.

- Desai DC, Zervos EE, Arnold MW et al. Positron emission tomography affects surgical management of recurrence colorectal cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2003; 10: 59-64.
- Dukes C, Bussey H. The spread of rectal cancer and its effect on prognosis. *Br J Cancer* 1958; 12: 309-320.
- Eldestein P. *Colon and rectal cancer*. Wiley-Liss. New York. 2000
- Enoxacan study group. Efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for prevention of deep thromboembolism in elective cancer surgery: a double-blind randomized multicentre trial with venographic assessment. *Br J Surg* 1997; 84: 1099-1103.
- Figueredo A, Germond C, Taylor B et al. Postoperative adjuvant radiotherapy and/or chemotherapy for resected stage II or III rectal cancer. *Cancer care Ontario practice guideline initiative. CPG2-3*. 2001.
- Fisher B, Wolmark N, Rockette H. Postoperative adjuvant chemotherapy or radiation therapy for rectal cancer: results from NSABP protocol R-01. *J Natl Cancer Inst* 1988; 80: 21-29.
- Franklin M, Rosenthal D and Norem R. Prospective evaluation of laparoscopic colon resection versus open colon resection for adenocarcinoma. A multicenter study. *Surg Endosc* 1995; 9: 811-816.
- Frykholm G, Glimelius B and Pahlman L. Preoperative or postoperative irradiation in adenocarcinoma of the rectum: final treatment results of a randomised trial and an evaluation of late secondary effects. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 564-572.
- Galandiuk S, Polk HC Jr, Jagelman DG, et al. Re-emphasis of priorities in surgical antibiotics prophylaxis. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 219.
- Gerard A, Buyse M and Nordlinger B. Preoperative radiotherapy as adjuvant treatment in rectal cancer. Final results of a randomised study of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Ann Surg* 1988; 208: 606-614.
- Glimelius B. (For the Nordic Gastrointestinal Tumour Adjuvant Therapy Group). Expectancy or primary chemotherapy in patients with advanced asymptomatic colorectal cancer: a randomized trial. *Eur J Cancer* 1991; 27 (Suppl 2): S82.
- Goldberg P, Nicholls R, Porter N et al. Long-term results of a randomised trial of short-course low-dose adjuvant pre-operative radiotherapy for rectal cancer: reduction in local treatment failure. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 1602-1606.
- Goldman S, Arvidsson H, Norving U et al. Transrectal ultrasound and computed tomography in preoperative staging of low rectal adenocarcinoma. *Gastrointestinal Radiol* 1991; 16: 259-263.
- *Guía para gestión de procesos*. Dirección de asistencia sanitaria. Departamento de sanidad. Gobierno Vasco. 1999.
- *Guía de práctica clínica en el cáncer colorrectal*. Sociedad Valenciana de Cirugía. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2002.
- Guillen JG . Screening and surveillance for colorectal cancer. *Seminars in colon and rectal surgery*. 2000; 11: 1-72.

- Hackford A. The extent of major resections for rectal cancer. *Seminars in Colon and Rectal Surgery* 1990; 1: 16-24.
- Harinath G, Somasekar K and Haray PN. The effectiveness of new criteria for colorectal fast track clinics. *Colorectal Disease* 2001; 4: 115-117.
- Hau T, Jacobs DE, Hawkins NL. Antibiotics fail to prevent abscess formation secondary to bacteria trapped in fibrin clots. *Arch Surg* 1986; 121: 163-168.
- Heald R Ryall R. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1986; I: 1479-1482.
- Heald R, Husband E and Ryall R. The mesorectum in rectal cancer surgery- the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg* 1982; 69: 613-616.
- Heald RJ. Total mesorectal excision: history and anatomy of an operation. In: Odd S, Norstein J eds. *Rectal cancer surgery*. Berlin. Springer-Verlag, 1997: 203-218.
- Heald R, Moran B, Ryall R et al. The Basingstoke experience of total mesorectal excision 1978-1997. *Arch Surg* 1998; 133: 894-899.
- Hermanek P. Impact of surgeon's technique on outcome after treatment of rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 559-562.
- Higgins G, Humphrey E, Dwight R et al. Preoperative radiation and surgery for cancer of the rectum: Veterans Administration Surgical Oncology Group Trial II. *Cancer* 1986; 58: 352-359.
- Holm T, Rutquist L, Johansson H et al. Abdominoperineal resection in the treatment of rectal cancer: results in relation to adjuvant preoperative radiotherapy. *Br J Surg* 1995; 82: 1213-1216.
- Holm T, Singnomkla O, Rutquist L, Cedemark B. Adjuvant preoperative radiotherapy in patients with rectal carcinoma: adverse effects during long term follow-up of two randomized trials. *Cancer* 1996; 78: 968-974.
- Houghton A. Variation in outcome of surgical procedures. *Br J Surg* 1994; 81: 653-660.
- IMPACT (International Multicentre Pooled Analysis of Colon Cancer Trials). Efficacy of adjuvant fluorouracil and folinic acid in colon cancer. *Lancet* 1995; 345: 939-944.
- Improving outcomes in colorectal cancer. Guidance on commissioning cancer services. National Health Service. 1996.
- James R. Implications for the treatment of colorectal cancer. *Colon News* 1999; 8: 1-3.
- Jeffery G M, Hickey BE, Hider P. Follow-up strategies for patient treated for non-metastatic colorectal cancer. *The Cochrane Library* 2002; 1.
- Kalf V, Rodney H, Ware R et al. The clinical impact of 18F-FDG PET in patients with suspected or confirmed recurrence of colorectal cancer: a prospective study. *J Nucl Med* 2002; 43: 492-499.
- Kakkar W, Cohen and Edmonson R. Low molecular weight versus standard heparin for prevention of venous thromboembolism after major abdominal surgery. *Lancet* 1993; 341: 259-265.

- Kapiteijn E, Marijnen C, Nagtegaal I et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 2001; 30: 638-646.
- Kapiteijn E, Marijnen C, Nagtegaal I and al. Dutch colorectal cancer group. Preoperative radiotherapy with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 638-645.
- Kapiteijn E and Van de Velde C. Developements and quality assurance in rectal cancer surgery. *European Journal Cancer* 2002; 38: 919-936.
- Kapiteijn E and Van de Velde C. The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. *Surg Clin North Am* 2002; 82: 995-1007.
- Karanja N, Corder A, Bearn P and heald R. Leakage from stapled low anastomosis after total mesorectal excision for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1994; 81: 1224-1226.
- Kerr D, Young A and Hobbs R. ABC of colorectal cancer. *BMJ books*. London 2001.
- Kernodle DA, Kaiser AB. Postoperative infections and antimicrobial profilaxis. En Mandell, Douglas and Bennet´s. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Editores: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. Ed. Churchill Livingstone, Nueva York, 1995, 2742-2756.
- Kievit J. Follow-up of patients with colorectal cancer: numbers needed to test and treat. *European Journal Cancer* 2002; 38: 986-999.
- Koren R, Siegal A, Klein B et al. Lymph node-revealing solution. Simple new method for detecting minute lymph nodes in colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 407-410.
- Kostakoglu L and Goldsmith S. 18F-FDG PET evaluation of the response to therapy for lymphoma and for breast, lung and colorectal carcinoma. *J Nucl Med* 2003; 44: 224-239.
- Kranenbarg E and Van de Velde C. Surgical trials in oncology: the importance of quality control in the TME trial. *European Journal Cancer* 2002; 38: 937-942.
- Lazy A, García-Valdecasas J, Piqué J et al. Short-term outcome analysis of a randomized study comparing laparoscopic vs open colectomy for colon cancer. *Surg Endosc* 1995; 9: 1101-1105.
- Lockhart-Mummery H, Ritchie J and Hawley P. The results of surgical treatment for carcinoma of the rectum at St Mark's Hospital from 1948 to 1972. *Br J Surg* 1976; 63: 673-677.
- Leyo R, Tickoo S, Klimstra D at al. Long-term progmostic significance of extent of rectal cancer response to preoperative radiation and chemotherapy. *Ann Surg* 2002; 236: 75-81.
- Longo W and Johnson F. The preoperative assessment and postoperative surveillance of patiens with colon and rectal cancer. *Sur Clin N Am* 2002; 82: 1090-1108.
- Lowry A, Simmang C, Boulos P et al. Consensus statement of definitions for anorectal physiology and rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2002; 44: 915-919.
- Lledó S. Preparación a la cirugía. En: Lledó S Eds. *Guía Clínica Cirugía Colorrectal*. Madrid. Arán Editores SA, 2000: 63-71.

- Makela J, Laitinen S, Kairaluoma M et al. Five-year follow-up after radical surgery for colorectal cancer: results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 1995; 130: 1062-1067.
- Marijnen C, Kapiteijn E, Ven de Velde C et al. Acute side effects and complications after short-term preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision in primary rectal cancer: report of a multicenter randomized trial. *J Clin Oncol* 2002; 20: 817-825.
- Marijnen C and Glimelius B. The role of radiotherapy in rectal cancer. *Eur J Cancer* 2002; 38: 943-952.
- Martí Ragué J y Tejido Valentí M. *Estomas. Valoración, tratamiento y seguimiento*. Doyma Ed. Barcelona. 1999.
- McArdle C and Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *Br Med J* 1991; 302: 1501-1505.
- McFarlane J, Ryall R and Heald R. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993; 341: 457-460.
- MGC (Meta-analysis Group in Cancer). Efficacy of intravenous continuous infusion of fluoruracil compared with bolus administration in advanced colorectal cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16: 301-308.
- Mortensen N, Ramirez J, Takeuchi N et al. Colonic J pouch-anal anastomosis after rectal excision for carcinoma: functional outcome. *Br J Surg* 1995; 82: 611-613.
- Nagtegaal I and Van Kieken J. The role of pathologists in the quality control of diagnosis and treatment of rectal cancer- an overview. *Eur J Cancer* 2002; 38: 964-972.
- Nagtegaal I, Marijnen C, Kranenbarg EK et al. Circumferential margin involvement is still an important predictor of local recurrence in rectal carcinoma: not one millimeter but two millimeters is the limit. *Am J Surg Pathol* 2002; 26: 350-357.
- Nagtegaal I, Van de Velde C, Van der Worp E et al. Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: clinical significance of the pathologist in quality control. *J Clin Oncol*; 2002: 1729-1734.
- Odd S, Norstein J. *Rectal cancer surgery*. Springer_Verlag Eds. Berlín, 1997.
- Ohlsson D, Breland U, Ekberg H et al. Follow up after curative surgery for colorectal carcinoma: Randomized comparison with no follow up. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 619-626.
- Pahlman L. (For the Swedish Rectal Cancer Trial). Initial report from a Swedish multicentre study examining the role of pre-operative irradiation in the treatment of patients with resectable rectal carcinoma. *Br J Surg* 1993; 80: 1333-1336.
- Pahlman L. (For the Swedish Rectal Cancer Trial). Local recurrence rate in a randomised multicentre trial of preoperative radiotherapy compared with operation alone in resectable rectal carcinoma. *Eur J Surg* 1996; 162: 397-402.
- Pahlman L, Glimelius B. Pre or postoperative radiotherapy in rectal and rectosigmoid carcinoma. Report from a randomized multicenter trial. *Ann Surg* 1990; 211: 187-195.

- Pahlman L, Glimelius B. Pre-operative and post-operative radiotherapy and rectal cancer. *World J Surg* 1992; 16: 858-865.
- Peeters K, Kapiteijn E and Van de Velde C. Dutch colorectal cancer group. Managing rectal cancer: the Dutch experience. *Colorectal Dis* 2003; 5: 423-426.
- Phillips RKS. *Colorectal Surgery*. W.B. Saunders. London. 2001.
- Pietra N, Sarli L, Costi R et al. Role of follow-up in management of local recurrences of colorectal cancer: a prospective randomized study. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1.127-1.133.
- Pijl M, Chaoui A and Van Oostayen W. Radiology of colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2002; 38: 887-898.
- Plan de calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2000.
- Plan Integral de Oncología de Andalucía. 2002-2006. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.
- Polk HC Jr, Lopez-Mayor JF. Postoperative wound infection: A prospective study of determinants factors and prevention. *Surgery* 1969; 66: 97-103.
- Polk HC Jr, Trachtenberg L, Finn MP. Antibiotic activity in surgical incisions: the basis of prophylaxis in selected operations. *JAMA* 1980; 244: 1353.
- Porter G, Soskolne C, Yakmets W and Newmann S. Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. *Ann Surg.* 1998; 227: 157-167.
- Practice Guidelines in Oncology. V.1 2003. Rectal cancer. National Comprehensive Cancer Network.
- Practice Guidelines in Oncology. V.1 2003. Colon cancer. National Comprehensive Cancer Network.
- Renehan A, Egger M, Saunders M and O'Dwyer S. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2002: 324; 1-8.
- Que faire devant un cancer digestif en 2003? Recommendations de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive. *Gastroenterol Clin Biol* 2002; 26: 1.140-1.164.
- Quirke P, Durdey P, Dixon M and Williams N. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection: histopathological study of lateral tumour spread and surgical excision. *Lancet* 1986; II: 996-999.
- RCSE (Royal College of Surgeons of England). Guidelines to Clinical Audit in Surgical Practice. 1995.
- RCSE (Royal College of Surgeons of England) and ACGBI (Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland). Guidelines for the management of colorectal cancer. June 1996.
- Renehan Ag, Egger M, Saunders M P, O'Dwyer S. Impact on survival of intensive follow up after curative resection of colorectal cancer: systematic review and metaanalysis of randomised trials. *BMJ* 2002; 324: 1-8.

- Royal college of surgeons of England, Association of coloproctology of Great Britain and Ireland. Guidelines for the management of colorectal cancer. 1996.
- Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Rodríguez-Cuéllar E y cols. Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. I. Aspectos generales. *Cir Esp* 2002; 71: 173-180.
- Sanjiv S, Czernin J, Schwimmer J et al. A tabuled summary of the FDG PET literature. *J Nucl Med* 2000; 42: 1S-93S.
- Saltz L. Colorectal Cancer. Multimodality Management. Humana Press. New Jersey, 2002.
- Saltz L and Minsky B. Adjuvant therapy of cancers of the colon and rectum. *Surg Clin North Am* 2002; 82: 1035-1058.
- Scott N, Jackson P, Al-Jaberdi T et al. Total mesorectal excision and local recurrence: a study of tumour spread in the mesorectum distal to rectal cancer. *Br J Surg* 1995; 82: 1031-1033.
- Shapiro M. Perioperative prophylactic use of antibiotics in surgery: principles and practice. *Infect Control* 1982; 3: 38-40.
- Shoemaker D, Black R, Giles L et al. Yerally colonoscopy, liver CT and chest radiography do not influences 5-year survival of colorectal cancer patients. *Gastroenterology* 1998; 114: 714-718.
- Simo M, Lomena F, Setoain J y cols. FDG-PET improves the management of patients with suspect of recurrence of colorectal cancer. *Nucl Med Commun* 2002; 10: 975-982.
- Standars, options et recommandations pour la prise en charge des patients atteints de cancer du colon. Federation nationale des centres de lutte contre le cancer. 2000.
- Standars, options et recommandations pour la prise en charge des patients atteints d'adenocarcinome primitif du rectum. Federation nationale des centres de lutte contre le cancer. 2000.
- Stone HH, Hooper CA, Kolb LB, et al. Antibiotic prophylaxis in gastric, biliary and colonic surgery. *Ann Surg* 1976; 184: 443-452.
- Swedish rectal cancer trial. Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 1997; 336: 980-987.
- Tanaka T, Kawai Y, Kanai M et al. Usefulness of 18F-FDG PET in dignosis of peritneal recurrence of colorrectal cancer. *Am J Surg* 2002; 184: 433-436.
- Tebbutt N, Cattell E, Midgley R et al. Systemic treatment of colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2002; 38: 1000-1015.
- Thompson MR. ACPGBl Referal guidelines for colorectal cancer. *Colorectal Disease* 2002; 4: 287-297.
- Trilla A, Mensa J. Preoperative antibiotic prophylaxis. En: *Prevention and Control of Nosocomial Infections*. Editor: Richard P. Wenzel. Editorial Williams and Wilkins. Baltimore, Maryland (EEUU), 1997, 867-887.

- Vega D, Tellado JM. Medicina basada en la evidencia en profilaxis quirúrgica antimicrobiana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999; 17: 32-58.
- Walkers J and Quirke P. Prognosis and response to therapy in colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2002; 38: 880-886.
- Wiggers T and Van de Velde C. The circumferential margin in rectal cancer: recommendations based on the Ducht total mesorectal excision study. *Eur J Cancer* 2002; 38: 973-976.
- Wolters U, Keller HW, Sorgatz S, Raab A, Pichlmaier H. Prospective randomized study of preoperative bowel cleansing for patients undergoing colorectal surgery. *Br J Surg* 1994; 81: 598-60.
- Yong AA, Shorvon PJ. Bowel preparation prior to double contrast barium enema examination- comparison of Picolax and Fleet phosphosoda. *Clin radiol* 1999; 54: 197-198.

