GOBIERNO DE COLOMBIA

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

# Guía de Práctica Clínica

## para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia
Guía No 20 – Segunda edición

Guía para profesionales de la salud 2017

® Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
Instituto Nacional de Cancerología

Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto

Actualización parcial 2017

Guía No 20

ISBN:
Bogotá Colombia
Segunda edición

Nota Legal:

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de la clausula décima segunda– PROPIEDAD INTELECTUAL, dispuesta en el contrato No 0388e 2016 “Los derechos patrimoniales que surjan de Ia propiedad intelectual de las creaciones resultantes de Ia ejecución del contrato o con ocasión de este, les pertenecerán al MINISTERIO. No obstante, el contratista una vez finalizado el plazo y por media de este mismo acto, cede en su totalidad los referidos derechos a favor del Ministerio de Salud y Protección Social sin contraprestación alguna a su favor.

Este documento debe citarse:
Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto. 2da edición. Guía No 20 [GPC en internet]. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2017. Disponible en gpc.mimsalud.gov.co




***ALEJANDRO GAVIRIA URIBE***
*Ministro de Salud y Protección Social*

***LUIS FERNANDO CORREA SERNA***
*Viceministro de Salud y Prestación de Servicios (E)*

***CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO***
*Viceministra de Protección Social*

***GERARDO BURGOS BERNAL***
*Secretario General*

***ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA***
*Director de promoción y prevención*

***GERMAN ESCOBAR MORALES***
*Jefe de la Oficina de Calidad*



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

***GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS***
*Director Ejecutivo*

***EGDDA PATRICIA VANEGAS***
*Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud (E)*

***ÁNGELA VIVIANA PÉREZ GÓMEZ***
*Subdirectora de Producción de Guías de Práctica Clínica*

***JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO***
*Subdirector de Implantación y Diseminación*

Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

***CAROLINA WIESNER CEBALLOS***
*Directora General*

***ESTHER DE VRIES***
*Subdirección General de Investigaciones, vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención*

***JESÚS ANTONIO ACOSTA***
*Subdirección General de Atención Médica y Docencia*

***JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO***
*Subdirección General de Gestión Administrativa y Financiera*

***MARTHA LUCÍA SERRANO LÓPEZ***
*Coordinadora Grupo Área de Investigaciones*

***OSCAR ANDRÉS GAMBOA GARAY***
*Coordinador Grupo Área de Salud Pública*

## GRUPO DESARROLLADOR DE LA SEGUNDA EDICIÓN


**Mario Abadía**
Instituto Nacional de Cancerología
**Lider**

**Juan Camilo Fuentes Pachón**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS
**Coordinador metodológico**


### EXPERTOS TEMÁTICOS

**Expertos en tratamiento quirúrgico**


**Juliana Rendón**
Instituto Nacional de Cancerología

**Javier Alejandro Carrera**
Asociación Colombiana de Coloproctología

**Heinz Orlando Ibáñez Varela**
Asociación Colombiana de Coloproctología

**Jorge Padrón, Médico**
Hospital Universitario Mayor Méderi


**Expertos en tratamiento sistémico**


**Carlos Bonilla**
Instituto Nacional de Cancerología

**Fernando Contreras**
Instituto Nacional de Cancerología


### EXPERTOS METODOLÓGICOS


**Ángela Viviana Pérez**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

**Magda Cristina Cepeda**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

**Juan Pablo Alzate**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

**Carlos Canelo**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS


## EXPERTOS INVITADOS


**Alejandro González Motta**
Instituto Nacional de Cancerología

**Carlos Edgar Figueroa Avendaño**
Hospital Universitario Mayor Méderi

**Cristina Isabel Martínez**
Hospital Pablo Tobon Uribe

**Paola Carranza B.**
Médica residente en cirugía general

**Ricardo Oliveros Wilches**
Profesional independiente

**Fabio Leonel Gil Parada**
Asociación Colombiana de Gastroenterología

**Clara Inés Serrano Falla**
Instituto Nacional de Cancerología ESE

**Rafael Garcia Duperly**
Profesional independiente

**Mauricio García Mora**
Instituto Nacional de Cancerología ESE

**Alex Álvarez Martínez**
Instituto Nacional de Cancerología ESE

**Rómulo Vargas**
Universidad Javeriana

**Iván Andrés Bobadilla**
Asociacion Colombiana de Radioterapia Oncologica – ACRO

## REPRESENTANTES DE LOS PACIENTES

**Edith Atenais Aldana Cabezas**
SIMMON Cáncer

**Inilida Sanchez Nuñez**
SIMMON Cáncer

**Jose Reynel Cubillos Rendón**
SIMMON Cáncer

**Maria Isabel Parra**
SIMMON Cáncer

**Aura Angélica Domínguez Valenzuela**
SIMMON Cáncer

**Sandra Patricia Rivera Rodriguez**
SIMMON Cáncer

**Judith Caballero**
Asociación de usuarios y familiares del INC

**Angela Usaquén**
Asociación de usuarios y familiares del INC

**Simón Torres Rodriguez**
Asociación de usuarios y familiares del INC

**Gódula Marín**
Asociación de usuarios y familiares del INC

**Nelson Moreno Mosquera**
Asociación de usuarios y familiares del INC

**Jose Rivera**
Asociación de usuarios y familiares del INC

## FUERZA DE TAREA AMPLIADA

**Claudia Díaz Rojas**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

**Paola Avellaneda Lozada**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

**Julieth Carolina Castillo Cañon**
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - EQUIPO TÉCNICO

**Omaira Roldán Sánchez**
Profesional especializado

**Gloria Villota**
Asesora de la oficina de calidad

## Declaración de actualización

Esta es una actualización parcial de la guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, GPC-2013-20, ISBN: 978-958-57937-6-7.

El alcance ni los objetivos fueron modificados por lo cual corresponden a los especificados para la primera edición de la guía.

Este documento incluye recomendaciones actualizadas (nuevas recomendaciones y recomendaciones de la primera edición de la guía vigentes en consideración de la evidencia publicada hasta 2017), relativas a los siguientes temas: estándares de calidad de la colonoscopia, manejo quirúrgico en pacientes con cáncer colorrectal estadio 0 (TisN0) y estadio I, tratamiento quirúrgico para pacientes con cáncer colorrectal metastásico, tratamiento sistémico en pacientes con cáncer colorrectal metastásico y estudios de biología molecular en pacientes con cáncer colorrectal avanzado.

Las recomendaciones están identificadas con el año de la última revisión de literatura que sustenta su vigencia (2013 para las recomendaciones no revisadas en esta actualización, y 2017 para las recomendaciones actualizadas). En el caso de las recomendaciones actualizadas, estas se identifican como “Nuevas”, “Modificadas” o “No modificadas”.

## Declaración de conflictos de interés

Todos los miembros del grupo desarrollador de la guía de práctica clínica realizaron la declaración de conflictos de interés al inicio del proceso, incluidos expertos temáticos y expertos metodológicos. Todos los expertos invitados al proceso de consenso de las recomendaciones hicieron declaración de intereses. Cada una de las declaraciones de intereses fue evaluada por un comité designado para tal fin.

## Financiación

El proceso de adopción de la presente guía fue financiado por el Ministerio de Salud y la Protección Social, como ente gestor, mediante contrato interadministrativo N° 388 de 2016, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

## Declaración de independencia editorial

El trabajo técnico del proceso para la actualización de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fue realizado de manera independiente por el grupo desarrollador de la guía. La entidad financiadora realizó un seguimiento a la elaboración del documento, sin embargo, no tuvo injerencia en el contenido del mismo.

## Contenido

INTRODUCCIÓN ..... 12
1. ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ..... 13
1.1. Objetivos ..... 13
1.2. Población a la que se dirige: ..... 13
1.3. Usuarios diana de la guía y ámbito asistencial ..... 14
1.4. Aspectos clínicos centrales ..... 14
2. METODOLOGÍA DE LA ACTUALIZACIÓN ..... 15
2.1. Conformación del grupo desarrollador de la actualización de la guía ..... 15
2.2. Priorización de preguntas para actualización ..... 15
2.3. Revisión sistemática de la literatura ..... 15
2.4. Incorporación de la perspectiva de los pacientes y cuidadores ..... 16
2.5. Formulación de recomendaciones y consenso de expertos ..... 16
2.6. Sistema de graduación de las recomendaciones ..... 17
2.7. Presentación de las recomendaciones ..... 18
2.8. Implementación ..... 19
3. RESUMEN DE RECOMENDACIONES ..... 20
3.1. Detección temprana ..... 20
3.2. Diagnóstico ..... 26
3.3. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal ..... 36
3.4. Oncología y radioterapia ..... 46
3.5. Seguimiento ..... 55
3.6. Rehabilitación ..... 57
3.7. Calidad de vida ..... 58
3.8. Cuidado paliativo ..... 58
3.9. Aspectos de patología ..... 59
4. ALGORITMOS DE MANEJO ..... 63
4.1. Algoritmo 1. Atención integral del cáncer colorrectal ..... 63
4.2. Algoritmo 2. Clasificación del riesgo de cáncer colorrectal ..... 64
4.3. Algoritmo 3. Estrategia de tamización en individuos con antecedentes familiares de cáncer colorrectal no hereditario ..... 65
4.4. Algoritmo 4. Vigilancia colonoscópica luego de la clasificación del riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal ..... 66
4.5. Algoritmo 5. Manejo del cuidado paliativo en el paciente oncológico ..... 67

## Siglas y abreviaturas

| | |
|---|---|
| **AMSTAR** | *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* |
| **BVS** | Biblioteca Virtual en Salud |
| **CCNPH** | Cáncer Colorrectal no Polipósico Hereditario |
| **CCO** | *Cancer Care Ontario* |
| **CCR** | Cáncer colorrectal |
| **EBM** | Evidence Based Medicine (Medicina basada en la evidencia) |
| **ECA** | Ensayo clínico aleatorizado |
| **ECOG** | *Eastern Cooperative Oncology Group* |
| **EII** | Enfermedad Inflamatoria Intestinal |
| **Embase** | *Excerpta Medica database* |
| **ESE** | Empresa Social del Estado |
| **FOLFIRI** | Régimen de quimioterapia que contiene: Ácido folínico (leucovorin) + 5-fluorouracilo + Irinotecan |
| **FOLFOX** | Régimen de quimioterapia que contiene: Ácido folínico (leucovorin) + 5-fluorouracilo + Oxaliplatino |
| **FOLFOXIRI** | Régimen de quimioterapia que contiene: Ácido folínico (leucovorin) + 5-fluorouracilo + Oxaliplatino + Irinotecan |
| **GDG** | Grupo Desarrollador de la Guía |
| **GPC** | Guía de práctica clínica |
| **GRADE** | *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* |
| **HIPEC** | Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (Quimioterapia intraperitoneal hipetérmica) |
| **IARC** | *International Agency for Research on Cancer* |
| **IBECS** | Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud |
| **IETS** | Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud |
| **IMRT** | Intensity modulated radiation therapy (Radioterapia de intensidad modulada) |

| | |
|---|---|
| **INC** | Instituto Nacional de Cancerología |
| **LILACS** | *Latin American and Caribbean Health Science Literature Database* |
| **NICE** | *National Institute for Clinical Excellence* |
| **OMS** | Organización Mundial de la Salud |
| **PAF** | Poliposis Adenomatosa Familiar |
| **PET-CT** | Positron emission tomography computed tomography (Tomografía por Emisión de Positrones - Tomografía Computarizada) |
| **PICOT** | Poblacion, Intervención, Comparador, Desenlace, Tipo de estudio / Tiempo |
| **PRISMA** | *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* |
| **RS** | Revisión sistemática de la literatura |
| **SIGN** | *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* |
| **SIMMON** | Sinergias Integradas para el mejoramiento Oncológico |
| **XELOX** | Régimen de quimioterapia que contiene: 5-fluorouracilo + Capecitabina + Oxaliplatino |

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon y recto (CCR) fue en 2015 el tercer cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. En Colombia, el CCR fue el cuarto cáncer más frecuente y la tercera causa de muerte durante el 2015, después del cáncer de estómago y de pulmón.

Teniendo en cuenta que en Colombia tanto la incidencia como la mortalidad por CCR todavía tienen una tendencia hacia el aumento, urge la adopción de estrategias basadas en evidencia actual de alta calidad que estandaricen el abordaje multidisciplinario para la atención integral de pacientes con CCR, desde la detección hasta la rehabilitación de los pacientes. Esto, con el fin de reducir el impacto de este cáncer tanto en el paciente y su familia, como en la sociedad y en el Sistema de Salud en general.

En el año 2013 se publicó la guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para Colombia. Teniendo en cuenta que la evidencia en la cual se sustentan las recomendaciones de la guía mencionada fue publicada en 2011 o antes, el Ministerio de Salud y Protección Social consideró prioritaria la actualización de las preguntas para las cuales existe nueva evidencia que pueda modificar la fuerza, dirección o contenido de sus correspondientes recomendaciones.

Esta es una actualización parcial de la primera edición de la guía. Se incluyen recomendaciones actualizadas (nuevas recomendaciones y recomendaciones vigentes de la primera edición de la guía, en consideración de la evidencia publicada hasta 2017), relativas a los siguientes temas: estándares de calidad de la colonoscopia, manejo quirúrgico en pacientes con cáncer colorrectal estadio 0 (TisN0) y estadio I, tratamiento quirúrgico para pacientes con cáncer colorrectal metastásico, tratamiento sistémico en pacientes con cáncer colorrectal metastásico y estudios de biología molecular en pacientes con cáncer colorrectal avanzado.

Las recomendaciones están identificadas con el año de la última revisión de literatura que sustenta su vigencia (2013 para las recomendaciones no revisadas en esta actualización, y 2017 para las recomendaciones actualizadas). En el caso de las recomendaciones actualizadas, estas se identifican como “Nuevas”, “Modificadas” o “No modificadas”.

Este documento es una versión para profesionales de la salud. Los detalles metodológicos de la generación de las recomendaciones pueden ser consultados en la versión completa de la guía.

# 1. ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

La guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto se encuentra centrada en los siguientes tópicos:

## 1.1. Objetivos

a) Generar recomendaciones para la detección tempranaque ayuden a disminuir la incidencia de cáncer de colon y recto en individuos a riesgo promedio y grupos con factores de riesgo para cáncer colorrectalen Colombia.

b) Generar recomendaciones para mejorar la calidad en el diagnóstico, tratamiento quirúrgico, tratamiento radioterápico, tratamiento oncológico, seguimiento yrehabilitacióncon el fin de aumentar la supervivencia global de pacientes diagnosticadoscon cáncer de colon y recto en Colombia.

## 1.2. Población a la que se dirige:

Hombres y mujeres colombianos con alguna de las siguientes características:

a) Individuos a riesgo promedio: edad mayor o igual a 50 años y sin factores de riesgo para cáncer colorrectal

b) Individuos con factores de riesgo para cáncer colorrectal tales como:
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal no hereditario
- Antecedentes familiares en primer grado de poliposis adenomatosa familiar (PAF)
- Individuos a riesgo o con historia familiar de cáncer colorrectal no polipósico hereditario (CCNPH)
- Individuos con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
- Individuos con antecedentes depólipos adenomatosos del colon
- Individuos con antecedentes depólipos hiperplásicos del colon

c) Adultos con diagnóstico de lesiones premalignas o iniciales de cáncer colorrectal

d) Adultos con diagnóstico de cáncer colorrectal avanzado

La población de hombres y mujeres colombianos con cáncer colorrectal no primario no fueron incluidos para la generación de las recomendaciones de la siguiente guía.

### 1.3. Usuarios diana de la guía y ámbito asistencial

El ámbito asistencial de actuación de la presente GPC en individuos con y sin factores de riesgo y en pacientes con cáncer de colon y recto, incluye a los aseguradores de planes de beneficios y su red de oferta de servicios de atención como son: coloproctología, gastroenterología, cirugía general, radiología, oncología clínica, radioterapia, patología, cuidados paliativos, medicina física y rehabilitación, enfermería oncológica, psicología clínica, salud pública, epidemiología clínica, medicina familiar ymedicina general. Los diferentes profesionales de la salud pueden utilizar esta guía para una mejor orientación en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia y/o la planificación de la asistencia sanitaria de acuerdo a los resultados de las evaluaciones económicas y los indicadores de gestión que surgen del proceso de implementación.

### 1.4. Aspectos clínicos centrales

Detección temprana, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, oncológico y radioterápico, seguimiento y rehabilitación de los pacientes con cáncer de colon y recto (Algoritmo 1).

# 2. METODOLOGÍA DE LA ACTUALIZACIÓN

Los detalles metodológicos de la actualización y de la primera edición GPC se pueden consultar en la versión completa de la guía. A continuación se describen los pasos generales llevados a cabo para la actualización.

## 2.1. Conformación del grupo desarrollador de la actualización de la guía

El grupo desarrollador de la actualización de la guía (GDG) estuvo conformado por expertos en métodos de revisión sistemática de la literatura, evaluación de efectividad y seguridad de tecnologías sanitarias, y desarrollo de guías de práctica clínica; y por expertos clínicos en las áreas relacionadas con las preguntas priorizadas para actualización: Cirugía gastrointestinal, Coloproctología, Oncología clínica, Oncología radioterápica. Los expertos clínicos fueron profesionales vinculados al Instituto Nacional de Cancerología (INC), y miembros de la Asociación Colombiana de Coloproctología, Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica, y Asociación Colombiana de Hematología y Oncología.

## 2.2. Priorización de preguntas para actualización

Se llevó a cabo una búsqueda exploratoria de la literatura dirigida a revisiones sistemáticas de la literatura y evaluaciones de tecnologías sanitarias que contestaran alguna de las preguntas contempladas en la primera edición de la guía La búsqueda se realizó por dos expertos en métodos de revisiones de la literatura y evaluación de tecnologías en salud, en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y Cochrane, utilizando los siguientes términos de búsqueda: (colorectal AND cancer OR (cancer AND ('colon'/exp OR colon OR rectum OR colorectal))). Los resultados de la búsqueda fueron complementados mediante consulta de expertos en la que se incluyeron ensayos clínicos controlados.

Con base en los resultados obtenidos en la búsqueda exploratoria de evidencia, se realizó un análisis de prioridad de cada una de las preguntas de la GPC.

## 2.3. Revisión sistemática de la literatura

No se utilizaron revisiones de literatura de GPC como fuente de evidencia. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura para cada pregunta priorizada, que se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados por la Colaboración Cochrane, y que comprendió las siguientes etapas:

1. Formulación y refinamiento de la pregunta
2. Graduación de desenlaces
3. Definición de criterios de elegibilidad
4. Búsqueda de evidencia
5. Tamización de referencias y selección de estudios

6. Calificación de calidad de los estudios
7. Extracción de datos y síntesis de resultados

### 2.4. Incorporación de la perspectiva de los pacientes y cuidadores

La perspectiva de los pacientes y cuidadores fue incorporada a la formulación de las recomendaciones actualizadas en dos etapas:

1. Graduación de desenlaces clínicos
2. Identificación de valores y preferencias

Se llevó a cabo una reunión presencial a la cual fueron convocados representantes de asociaciones de pacientes, quienes tuvieran diagnóstico de cáncer de colon o recto en cualquier estadio, o fueran cuidadores de una persona con esta condición, y sin limitación física o mental para expresar sus opiniones. La metodología y resultados de la convocatoria se presentan en la versión completa de la guía.

La valoración por parte de los pacientes y cuidadores, de los desenlaces y aspectos de la atención considerados, fueron tenidos en cuenta por los expertos del GDG, para el análisis de las intervenciones evaluadas, en el criterio “Valores y preferencias de los pacientes”, durante el proceso de formulación de recomendaciones.

### 2.5. Formulación de recomendaciones y consenso de expertos

Los expertos temáticos y metodológicos del GDG analizaron la evidencia de cada una de las preguntas evaluadas, de forma individual y posteriormente mediante discusiones en reuniones presenciales para formular las recomendaciones preliminares, teniendo en cuenta los siguientes criterios, de acuerdo con la metodología GRADE:

1. Balance entre beneficios y riesgos
2. Valores y preferencias de los pacientes
3. Uso de recursos
4. Viabilidad de la implementación

Las recomendaciones de la primera edición de la guía que de acuerdo con la evidencia persistieron vigentes fueron ajustadas en forma en los casos en que los expertos del GDG lo consideraron pertinente, pero no fueron sometidas a validación posterior. Para la formulación de recomendaciones que requirieron actualización, se realizó un consenso formal de expertos, mediante la metodología Delphi modificado con un componente virtual y un componente presencial, en cuatro rondas iterativas.

Las conductas que constituyen una práctica estándar para las cuales no existe duda respecto a sus beneficios, fueron formuladas como puntos de buena práctica por los expertos del GDG.

## 2.6. Sistema de graduación de las recomendaciones

Las recomendaciones emitidas fueron graduadas de acuerdo con el sistema GRADE, el cual separa la calidad de la evidencia de la fuerza de la recomendación.

La calidad de la evidencia fue graduada en cuatro niveles de acuerdo con el diseño del estudio, el riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, impresición, y otras consideraciones cuando se trata de estudios observacionales. La calidad de la evidencia refleja la confianza que se puede tener en las estimaciones del efecto para emitir las recomendaciones.

| Nivel de evidencia | Fundamentación |
|---|---|
| **Alta** | Es muy poco probable que investigación adicional cambie la confianza en la estimación del efecto. |
| **Moderada** | Es probable que investigación adicional tenga un impacto importante en la confianza sobre el efecto. |
| **Baja** | Es muy probable que investigación adicional tenga una estimación del efecto y es probable que cambie la estimación. |
| **Muy baja** | Cualquier estimación del efecto es muy incierta. |

La fuerza de la recomendación indica la confianza en que los beneficios de dicha recomedación sobrepasan las potenciales desventajas, lo cual está determinado por la calidad de la evidencia, el balance entre beneficios y riesgos, los valores y preferencias de los pacientes, las implicaciones en el uso de recursos y la viabilidad de implementación.

| Dominio | Razón |
|---|---|
| **Beneficios y riesgos** | Los efectos deseables (beneficios) deben sopesarse frente a los efectos indeseables (riesgos). Cuanto más los beneficios superen a los riesgos, mayor será la probabilidad de que se haga una recomendación fuerte. |
| **Valores y preferencias (Aceptabilidad)** | Si es probable que la recomendación sea ampliamente aceptada o altamente valorada, probablemente se hará una recomendación fuerte. Si hay razones fuertes para que sea poco probable que el curso de acción recomendado sea aceptado, es más probable que se haga una recomendación débil. |
| **Costos y uso de recursos** | Costos más bajos (monetarios, infraestructura, equipos o recursos humanos) o una mayor razón de costo – efectividad, resultaran con mayor probabilidad en una recomendación fuerte. |
| **Viabiliad de implementación** | Si una intervención se puede implementar en un entorno en el que se espera el mayor impacto, una recomendación fuerte es más probable. |

De acuerdo con la calidad de la evidencia y los demás factores determinantes, el grupo desarrollador emitió recomendaciones que pueden corresponder a cuatro categorías diferentes, de acuerdo con la dirección y la fuerza de la recomendación.

| Fuerza y dirección de la recomendación | Definición |
|---|---|
| **Recomendación fuerte a favor** | Los beneficios de la intervención superan claramente los efectos indeseables |
| **Recomendación fuerte en contra** | Los efectos indeseables superan claramente los beneficios de la intervención |
| **Recomendación débil a favor** | Los beneficios de la intervención probablemente superan los efectos indeseables |
| **Recomendación débil en contra** | Los efectos indeseables probablemente superan los beneficios de la intervención |

De acuerdo con la metodología para el desarrollo de GPC establecida para Colombia las conductas clínicas que constituyen una práctica estándar para las cuales no existe duda respecto a sus beneficios, son presentadas como puntos de buena práctica clínica, los cuales se consideran prácticas en las que existe un obvio balance en el que los efectos deseables superan los efectos indeseables y no se considera necesaria la conducción de estudios que respalden dicha acción.

### 2.7. Presentación de las recomendaciones

Las recomendaciones correspondientes a las preguntas actualizadas, fueron categorizadas y presentadas como sigue:

- Recomendaciones que presentan una conducta clínica no contemplada en la primera edición de la guía, con base en los resultados de la revisión de evidencia: 2017 – Nueva.
- Recomendaciones que modifican una conducta clínica contemplada en la primera edición de la guía, con base en los resultados de la revisión de evidencia: 2017 – Modificada.
- Recomendaciones que presentan sin modificación una conducta clínica contemplada en la primera edición de la guía, con base en los resultados de la revisión de evidencia: 2017 – No modificada.
- Recomendaciones que presentan sin modificación una conducta clínica contemplada en la primera edición de la guía, y que no estuvo contemplada en la búsqueda debido al enfoque de la pregunta de la actualización: 2013.

Las recomendaciones correspondientes a las preguntas no priorizadas para actualización, son presentadas sin modificación en el resumen de recomendaciones y son identificadas como: 2013.

Los puntos de buena práctica clínica que fueron incluidos o ajustados como producto de la actualización de las preguntas priorizadas, son identificados como: Nuevo o Modificado, respectivamente.

Las diferencias entre las recomendaciones de la primera edición de la guía y las recomendaciones de la actualización, correspondientes a las preguntas actualizadas, son presentadas en en la versión completa de la guía.

### 2.8. Implementación

Para la identificación de las recomendaciones susceptibles de ser *clave* o *trazadoras* en el proceso de implementación de la GPC, diez expertos clínicos y tres expertos metodológicos participaron en la aplicación de la Herramienta 13 de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Esta herramienta fue aplicada a todas las recomendaciones de la GPC.

Los expertos del GDG identificaron barreras y facilitadores de las recomendaciones clave teniendo en cuenta las características de los usuarios de la GPC y del sistema de salud. A partir de esta identificación se estructuraron las estrategias que pueden garantizar el proceso de implementación.

Se revisaron y actualizaron los indicadores de implementación con base en las recomendaciones clave identificadas, y se suprimieron los indicadores de la primera edición de la GPC no alineados con dichas recomendaciones.

Todas las recomendaciones clave son identificadas con el siguiente símbolo: 

# 3. RESUMEN DE RECOMENDACIONES

## 3.1. Detección temprana

### 3.1.1. Estrategia óptima de tamización para cáncer colorrectal, edad de inicio e intervalos en individuos a riesgo promedio para esta condición

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013**  | 1. Se sugiere que la estrategia óptima de tamización para cáncer colorrectal en la población colombiana a riesgo promedio sea sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años, cuando ésta se encuentre disponible.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 2. Se sugiere que la edad de inicio de la tamización para cáncer colorrectal en la población colombiana a riesgo promedio sea a los 50 años de edad.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 3. Se sugiere que la edad de finalización de la tamización para cáncer colorrectal en la población colombiana a riesgo promedio sea a los 75 años de edad.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

### 3.1.2. Estrategia óptima de tamización para cáncer colorrectal, edad de inicio e intervalos en individuos con antecedentes familiares de cáncer colorrectal no hereditario

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 4. Se sugiere que la estrategia de tamización para individuos con riesgo bajo, es decir, con antecedentes familiares de cáncer colorrectal no hereditario con caso índice en primer o segundo grado diagnosticado a los 55 años o mayor, sea colonoscopia cada cinco años, iniciando a los 40 años o diez años antes del caso índice diagnosticado.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 5. Se sugiere que la estrategia de tamización para individuos con riesgo moderado, es decir, la población con antecedentes familiares de cáncer colorrectal no hereditario con un caso índice en primer grado diagnosticado antes de los 55 años o, dos o más casos diagnosticados en primer grado o en primer y segundo grado a cualquier edad, sea colonoscopia cada cinco años, iniciando a los 40 años o diez años antes del caso índice diagnosticado.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC INC |

### 3.1.3. Estrategia óptima de tamización para cáncer colorrectal, edad de inicio e intervalos en individuos con Poliposis Adenomatosa Familiar y familiares en primer grado

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Considere ofrecer pruebas genéticas a personas con Poliposis Adenomatosa Familiar y a sus familiares, previa consejería genética**.**<br><br>Adaptado y modificado de GPC INC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Considere ofrecer pruebas genéticas en las familias con algún miembro afectado de Poliposis Adenomatosa Familiar, si la mutación específica de la familia ha sido identificada.<br><br>Adaptado y modificado de GPC INC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 6. Se sugiere que en individuos con antecedentes familiares en primer grado de Poliposis Adenomatosa Familiar clásica con prueba genética positiva o en aquellas familias con criterios clínicos en las que no se ha identificado la mutación causal, la estrategia de tamización sea colonoscopia anual a partir de los 12 a 15 años, hasta los 30-35 años de edad y luego se sugiere continuar la tamización cada cinco años.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC INC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 7. Si hay diagnóstico de Poliposis Adenomatosa Familiar atenuada se sugiere realizar colonoscopia anual desde los 15 años hasta la realización del tratamiento definitivo.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

### 3.1.4. Estrategia óptima de tamización para cáncer colorrectal, edad de inicio e intervalos en individuos en riesgo o con historia familiar de cáncer colorrectal no polipósico hereditario

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Considere ofrecer pruebas genéticas a personas con sospecha de cáncer colorrectal no polipósico hereditario y a sus familiares, previa consejería genética.<br><br>Adaptado y modificado de GPC INC |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Considere ofrecer pruebas genéticas a las familias con algún miembro afectado de cáncer colorrectal no polipósico hereditario, si la mutación específica de la familia ha sido identificada.<br><br>Adaptado y modificado de GPC INC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 8. En la población con sospecha o antecedente familiar de cáncer colorrectal no polipósico hereditario, se sugiere que la estrategia de tamización sea colonoscopia cada dos años, desde los 20 a 25 años, o cinco a diez años antes de la edad del caso más joven diagnosticado en la familia.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

### 3.1.5. Estrategia óptima de tamización para cáncer colorrectal, edad de inicio e intervalos en individuos con antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Al realizar colonoscopias de vigilancia para cáncer colorrectal a los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, considere la toma de biopsias basándose en los hallazgos de la cromoendoscopia (biopsias dirigidas) de tenerla disponible, o de manera aleatoria cada 10 centímetros y/o en todas las porciones del colon.<br><br>Generado por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 9. Se sugiere ofrecer vigilancia con colonoscopia a personas con enfermedad inflamatoria intestinal en función de su riesgo de desarrollar cáncer colorrectal según se determine en la última colonoscopia completa:<br>• Bajo riesgo: cada 5 años<br>• Riesgo intermedio: cada 3 años<br>• Alto riesgo: cada año<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

### 3.1.6. Estrategia óptima de vigilancia para cáncer colorrectal e intervalos en individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Considere usar los hallazgos de la extirpación del adenoma para determinar el riesgo de las personas de desarrollar cáncer colorrectal.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Considere la vigilancia con colonoscopia para las personas a quienes se ha hecho remoción de adenomas y presentan riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | La vigilancia pospolipectomía busca la detección de adenomas que pasaron desapercibidos en la primera evaluación o de nuevos adenomas; considere realizar la vigilancia con colonoscopia.<br><br>Adaptado y modificado de GPC INC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Para realizar cada examen colonoscópico de vigilancia considere las características del adenoma, la edad del paciente y sus deseos, y la presencia de comorbilidad significativa. El estado del paciente se debería establecer antes de asistir a cada examen.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013**  | 10. Se sugiere ofrecer una estrategia adecuada de vigilancia colonoscópica a las personas con adenomas en función de su riesgo de desarrollar cáncer colorrectal según se haya determinado en la extirpación del adenoma.<br><br>• Riesgo bajo: colonoscopia cada 5 años:<br>- Si la colonoscopia es negativa (es decir, no se encuentran adenomas) tamizar como en la población a riesgo promedio<br>- Si hay riesgo bajo, considerar la siguiente colonoscopia a los 5 años (con vigilancia de seguimiento como en el caso de riesgo bajo)<br>- Si hay riesgo moderado, ofrecer la próxima colonoscopia a los 3 años (con vigilancia de seguimiento como en el caso de riesgo moderado)<br>- Si hay riesgo alto, ofrecer la siguiente colonoscopia al año (con vigilancia de seguimiento como en el caso de riesgo alto).<br><br>• Riesgo intermedio: colonoscopia cada 3 años:<br>- Si la colonoscopia es negativa, ofrecer la siguiente colonoscopia a los 3 años. Si hay un nuevo resultado negativo, tamizar como en la población a riesgo promedio<br>- Si el riesgo es bajo o intermedio, ofrecer la siguiente colonoscopia a los 3 años (con vigilanciade seguimiento como en el caso de riesgo moderado)<br>- Si hay riesgo alto, ofrecer la siguiente colonoscopia al año (con vigilancia de seguimiento como en el caso de riesgo alto).<br><br>• Alto riesgo: colonoscopia cada año<br>- Si la colonoscopia es negativa, o de riesgo bajo o intermedio, ofrecer la siguiente colonoscopia a los 3 años (con vigilancia de seguimiento como en el caso de riesgo moderado)<br>- Si hay riesgo alto, ofrecer la siguiente colonoscopia al año (con vigilancia de seguimiento como en el caso de riesgo alto).<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 11. En pacientes con pólipos adenomatosos del colon se sugiere:<br><br>• La colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual) como un único examen, si la colonoscopia no es clínicamente apropiada (por ejemplo, debido a comorbilidad o porque no se puede tolerar la colonoscopia).<br><br>• El enema de bario de doble contraste, como un único examen, si la colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual) no está disponible o no es apropiada.<br><br>• Para llevar a cabo la vigilancia, considerar la colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual) o el enema de bario de doble contraste, si la colonoscopia sigue siendo clínicamente inapropiada, pero discuta los riesgos y beneficios con la persona y su familia o cuidadores.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 12. Se sugiere que la edad de corte para detener la vigilancia sea a los 75 años de edad, pero esto también debería depender de los deseos del paciente y sus comorbilidades.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

### 3.1.7. Estrategia óptima de vigilancia para cáncer colorrectal e intervalos en individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon

| | |
|---|---|
| <br>**Punto de buena práctica** | Ante la presencia de pólipos hiperplásicos, considere resecar independientemente del sitio de localización y de su número.<br><br>Generado por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 13. Ante la presencia de antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon, la estrategia de tamización debe ser igual a la de la población a riesgo promedio.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC INC |

## 3.2. Diagnóstico

### 3.2.1. Procedimiento diagnóstico en individuos con sospecha de cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Considere advertir al paciente que más de un examen puede ser necesario para confirmar o excluir un diagnóstico de cáncer colorrectal.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 14. Para confirmar un diagnóstico de cáncer colorrectal se sugiere colonoscopia en pacientes sin mayor comorbilidad. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada, se sugiere tomar una biopsia para obtener una prueba histológica del diagnóstico, a menos que esté contraindicado (por ejemplo, en pacientes con trastornos de coagulación sanguínea).<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 15. Se sugiere una sigmoidoscopia flexible con enema de bario en pacientes con comorbilidad importante. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada, se sugiere realizar una biopsia a menos que esté contraindicado.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 16. Se sugiere una colonografía por tomografía computarizada como alternativa a la colonoscopia o a la sigmoidoscopia flexible con enema de bario, si el servicio local de radiología puede demostrar su competencia en esta técnica. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada en la colonografía por tomografía computarizada, se sugiere ofrecer una colonoscopia con biopsia para confirmar el diagnóstico, a menos que esté contraindicado.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

### 3.2.2. Estándares de calidad de la colonoscopia para ser considerada óptima

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica Nuevo** | Todos los pacientes deben recibir una evaluación previa al procedimiento y cualquier pregunta que el paciente pueda tener debe ser respondida en ese momento. El paciente debe tener una comprensión suficiente del proceso de preparación intestinal. |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica Nuevo** | Debe establecerse un programa completo de aseguramiento de la calidad y seguridad, así como procedimientos para monitorizar el cumplimiento del programa, incluyendo procedimientos operativos estándar para la preparación de endoscopias y procedimientos de aseguramiento de calidad para el reprocesamiento de endoscopios y accesorios. |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica Nuevo** | Deben realizarse capacitaciones y reentrenamientos del personal involucrado en el cuidado del endoscopio, así mismo debe mantenerse una cadena clara de rendición de cuentas para los procedimientos de procesamiento endoscópico. |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Modificada**  | 17. Se recomienda ofrecer sedación a todos los pacientes, a menos que esté contraindicada. Los pacientes deben ser conscientes de que tienen el derecho de rechazar la sedación si así lo desean.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Nueva** | 18. Se recomienda que los pacientes sometidos a procedimientos con sedación consciente o profunda tengan una monitorización continua antes, durante y después de la administración de la sedación.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor**<br>**2017**<br>**Nueva** | 19. Se recomienda la monitorización de todos los pacientes, incluida la presión arterial, pulso, respiración, nivel de conciencia y grado de incomodidad al inicio, durante y al final del procedimiento. Dependiendo de la respuesta del paciente, la evaluación puede necesitar ser más frecuente. Estos datos deben registrarse en el nivel del servicio de endoscopia digestiva, utilizando un sistema elegido por el servicio.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor**<br>**2017**<br>**Nueva** | 20. Se sugiere monitorización continua con electrocardiograma en pacientes de alto riesgo. Este subgrupo incluye aquellos que tienen antecedentes de enfermedad cardiaca o pulmonar, adultos mayores y pacientes para los que se espera un procedimiento prolongado.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| <br>**Punto de buena práctica**<br>**Nuevo** | La sedación durante la colonoscopia debe ser administrada por un anestesiólogo en los pacientes con alguna de las siguientes características:<br>• Poco colaboradores<br>• Con edades extremas<br>• Morbilidad grave (cardíaca, pulmonar, hepática, renales o del sistema nervioso central)<br>• Cualquier alteración del estado de conciencia<br>• Obesidad mórbida<br>• Apnea del sueño<br>• Embarazo<br>• Abuso de alcohol u otras drogas<br>• Antecedente de sedación fallida<br>• Antecedente de reacción adversa a cualquier medicamento utilizado en la sedación |

| | |
|---|---|
| <br>**Punto de buena práctica**<br>**Nuevo** | El servicio de endoscopia digestiva debe tener un proceso formal para documentar la sedación y el confort del paciente usando el sistema de elección del servicio. El servicio debe auditar el uso de la sedación por parte de sus médicos. |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | <u>Desempeño de los especialistas que realizan la endoscopia y mejora de la calidad</u><br>Considere incluir en el informe de la colonoscopia la utilización o no de la sedación, el tipo de ésta y la existencia o no de complicaciones inmediatas.<br><br>Generado por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica Nuevo** | Se debe utilizar una lista de criterios como la puntuación de Aldrete (respiración, saturación de oxígeno, conciencia, circulación y niveles de actividad) para determinar la posibilidad de dar de alta al paciente. |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica Nuevo** | Antes de la aprobación del alta, debe informarse al paciente respecto a su capacidad de realizar tareas que requieran atención y la toma de decisiones que requieran juicio. La información impartida debe ser escrita y dada al paciente antes del alta. |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica Nuevo** | Debido a que el período de amnesia que sigue a la administración de sedación es variable, se deben dar instrucciones por escrito al paciente, incluyendo los procedimientos a seguir si surge una emergencia. |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica Nuevo** | Todas las colonoscopias deben realizarse utilizando un colonoscopio con capacidad de video, que pueda mantenerse dentro de las especificaciones de los fabricantes. |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica Nuevo** | El equipo debe tener la capacidad de crear registros fotográficos, ya sean de papel o digitales. |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 21. Se sugiere que los especialistas que realizan la endoscopia monitoricen sus tasas individuales de detección de adenomas, en pacientes sometidos a colonoscopia de tamización.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica Nuevo** | Los especialistas que realizan la endoscopia deben esforzarse por una preparación intestinal adecuada, y la calidad de la preparación intestinal debe ser registrada y monitorizada usando una escala estandarizada a elección del servicio de endoscopia digestiva. |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 22. Se sugiere, cuando sea posible, la preparación intestinal con dosificación dividida para mejorar la efectividad de la preparación intestinal.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 23. Se sugiere un tiempo de retiro mínimo de 6 minutos, como indicador de calidad auditable, para colonoscopias de detección de cáncer colorrectal.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 24. Se sugiere como indicador de calidad, una frecuencia de perforación en las colonoscopias no mayor de un caso por cada 1000 colonoscopias*.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯<br><br>* Se debe tener en cuenta que las afecciones colónicas que se sabe afectan el riesgo de perforación incluyen pseudo-obstrucción, isquemia, colitis grave, cambios inducidos por radiación, estenosis, las formas más severas de enfermedad diverticular y uso crónico de corticosteroides. |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica Nuevo** | Debido a que la perforación es un evento raro, las tasas de perforación deben vigilarse a nivel de la institución o del sistema. Es probable que las mediciones a nivel individual del especialista que realiza la endoscopia sean muy variables. |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | <u>Desempeño de los especialistas que realizan la endoscopia y mejora de la calidad</u><br>Considere la tasa de intubación cecal sin ajustar como un indicador primario de la calidad de la colonoscopia. El estándar aceptable es mayor al 90%; el deseable es mayor al 95%.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | <u>Desempeño de los especialistas que realizan la endoscopia y mejora de la calidad</u><br>Considere conservar documentación y revisión de las razones para una colonoscopia incompleta<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | <u>Desempeño de los especialistas que realizan la endoscopia y mejora de la calidad</u><br>Los servicios de endoscopia deben tener procesos para identificar y registrar desenlaces adversos que se producen después de que el paciente deja el servicio de endoscopia.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | <u>Desempeño de los especialistas que realizan la endoscopia y mejora de la calidad</u><br>Es deseable que cada centro o profesional, audite la tasa de detección de pólipos y la tasa de resección de pólipos en la población de tamizaje.<br><br>Generado por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017<br>No modificada** | <u>Técnica endoscópica</u><br>25. Para lograr un examen colonoscópico de alta calidad, se recomienda realizar una intubación completa del colon hasta el ciego e inspeccionar cuidadosamente la mucosa durante la retirada.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯<br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 No modificada** | <u>Técnica endoscópica</u><br>26. Si el especialista que realiza la endoscopia duda de su capacidad para remover una lesión de alto riesgo, se sugiere documentar apropiadamente la lesión, si es necesario, marcar su posición con un tatuaje y remitir al paciente a otra institución o profesional para que la lesión sea removida endoscópica o quirúrgicamente.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯<br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 No modificada** | <u>Desempeño de los especialistas que realizan la endoscopia y mejora de la calidad</u><br>27. Se sugiere conservar documentación fotográfica auditable de que la colonoscopia fue completa: fotodocumentación de la válvula ileo -cecal y el ciego, o un videoclip con su respectiva foto instantánea.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯<br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 No modificada** | <u>Calidad de la colonoscopia y remoción de lesiones colorrectales</u><br>28. Se sugiere que los exámenes se realicen solamente después de una adecuada preparación del intestino, es decir, sin ningún residuo fecal o líquido en el lumen que pudiera enmascarar cualquier área sospechosa.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯<br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

### 3.2.3. Procedimiento diagnóstico recomendado para cáncer colorrectal en caso que la colonoscopia no se pueda realizar o sea incompleta

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 29. En los pacientes que han tenido una colonoscopia incompleta se sugiere repetir la colonoscopia o hacer colonografía por tomografía computarizada (si el servicio radiológico puede demostrar competencia en esta técnica) o enema de bario.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 30. Si una colonoscopia completa no se ha realizado ya sea porque la lesión primaria impide la colonoscopia total, o por cualquier otra razón, se sugiere visualizar radiológicamente el resto del colon antes de la cirugía, si es posible. Se sugiere que este procedimiento sea realizado idealmente por colonografía por tomografía computarizada, o si no está disponible, por enema de bario de doble contraste de alta calidad. Si por alguna razón el colon no se visualiza antes de la cirugía, se sugiere realizar una colonoscopia completa dentro de los tres a seis meses posteriores a la colectomía.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

### 3.2.4. Estudios para estadificación (de extensión) en pacientes con cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Considere discutir todas las imágenes con el paciente luego de la revisión por un apropiado equipo multidisciplinario.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 31. Se sugiere realizar tomografía computarizada con contraste de tórax, abdomen y pelvis para estimar el estadio de la enfermedad a todos los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal a menos que esté contraindicado. Ninguna imagen rutinaria adicional es necesaria para los pacientes con cáncer de colon.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 32. Se sugiere hacer tomografía computarizada o resonancia magnética de pelvis para valorar el estado del margen mesorrectal.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2006 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 33. Se sugiere ultrasonografía endorrectal a los pacientes con cáncer de recto si la resonancia magnética muestra enfermedad susceptible de escisión local o si la resonancia magnética está contraindicada<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 34. Se sugiere ofrecer estadiaje local preoperatorio por medio de resonancia magnética de pelvis a los pacientes con cáncer de recto detectado por tamización, con el fin de facilitar la planificación de la radioterapia preoperatoria, aunque también la tomografía computarizada multicorte de alta calidad puede dar información adecuada.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 35. Se sugiere realizar a todos los pacientes con cáncer de recto resonancia magnética para valorar el riesgo de recurrencia local, determinado por el margen de resección distal, el tumor (T) y el estadiaje nodular (N), a menos que esté contraindicado<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2013** | 36. No se sugiere usar los resultados de un examen digital rectal como parte de la evaluación de estadificación.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 37. Se sugiere ofrecer tomografía axial computarizada con contraste de tórax, abdomen y pelvis a pacientes que están siendo evaluados por cáncer colorrectal metastásico.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

## Imágenes de metástasis hepáticas

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 38. Se sugiere ofrecer tomografía axial computarizada o resonancia magnética de abdomen en lugar de ecografía para la detección de metástasis hepáticas.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2006 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 39. Si la tomografía axial computarizada muestra únicamente enfermedad metastásica hepática y el paciente no tiene contraindicaciones para el tratamiento posterior, se sugiere que un especialista hepato-biliar decida si se requieren imágenes adicionales para confirmar si la cirugía es adecuada para el paciente o potencialmente adecuada después de un tratamiento.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

### Imágenes de metástasis extra-hepáticas

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 40. Si la tomografía axial computarizada muestra que el paciente puede presentar metástasis extra-hepáticas que sean susceptibles de cirugía radical, se sugiere que un equipo multidisciplinario decida si una tomografía por emisión de positrones- tomografía computarizada (PET-CT) de cuerpo completo es adecuada.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 41. Si la tomografía axial computarizada con contraste es sugestiva de enfermedad metastásica en la pelvis, se sugiere una resonancia magnética de pelvis y la discusión de sus resultados con el equipo multidisciplinario.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

### Uso de PET en cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2013** | 42. No se sugiere el uso rutinario de la tomografía por emisión de positrones para el diagnóstico o estadiaje clínico del cáncer colorrectal en los estadios I a III.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2010 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 43. Se sugiere ofrecer tomografía por emisión de positrones para determinar el manejo y el pronóstico si la imagen convencional es equívoca para la presencia de enfermedad metastásica.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2010 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 44. Se sugiere ofrecer tomografía por emisión de positrones para la evaluación preoperatoria de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal antes de la resección quirúrgica.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2010 |

### 3.2.5. Efecto de la demora en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento del cáncer colorrectal sobre la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013**  | 45. Se sugiere que el tiempo ideal entre el diagnóstico de cáncer colorrectal y el inicio del tratamiento debería ser de cero a 30 días.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

## 3.3. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal

### 3.3.1. Perfiles de los miembros del grupo multidisciplinario encargado de la atención de los pacientes con cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | La cirugía para el cáncer colorrectal debería ser realizada únicamente por cirujanos entrenados cuyo trabajo y resultados puedan ser auditados. La cirugía del cáncer de recto debería ser realizada únicamente por cirujanos capacitados para llevar a cabo la escisión completa del mesorrecto.<br><br>Adaptado y modificado de GPC SIGN, 2011 |

### 3.3.2. Preparación preoperatoria de los pacientes con cáncer colorrectal que van a cirugía electiva

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 46. Se recomienda que el cirujano considere, según su juicio, el beneficio de la preparación intestinal mecánica en cada paciente que será llevado a cirugía electiva para cáncer colorrectal.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 47. En pacientes que son sometidos a cirugía oncológica abdominal o pélvica, se recomienda profilaxis farmacológica postoperatoria con duración extendida (cuatro semanas) con heparinas de bajo peso molecular en lugar de la profilaxis con duración limitada.<br><br>Recomendación adaptada de GPC American College of Chest Physicians, 2012 |

### 3.3.3. Transfusiones sanguíneas perioperatorias en los pacientes con cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
| **Fuerte en contra 2013** | 48. De acuerdo a la evaluación del riesgo de recurrencia del paciente con cáncer colorrectal, no se recomienda realizar transfusiones sanguíneas durante el periodo perioperatorio (un mes antes y después de la cirugía con intención curativa).<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

### 3.3.4. Tipo de cirugía indicada según la localización del tumor rectal

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 49. Se sugiere realizar una rectosigmoidoscopia rígida a todos los pacientes con tumores de recto y de la unión rectosigmoidea, para establecer con exactitud la localización del tumor y poder definir la conducta a seguir.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 50. Cuando se requiere una escisión abdominoperineal del recto para cáncer del recto inferior que no pueda ser adecuadamente realizada con una escisión total del mesorrecto, se sugiere realizar la resección con la técnica extraelevadora.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC SIGN, 2011 |

### 3.3.5. Manejo quirúrgico en pacientes con cáncer colorrectal estadio 0 (TisN0) y estadio I

## Cáncer de colon

| | |
|---|---|
| **Débil a favor**<br>**2017**<br>**Nueva** | 51. Se sugiere realizar resección local (polipectomia, mucosectomia o diseccion endoscopia submucosa) en pacientes con cáncer de colon que tengan las siguientes características:<br><br>1. Tumores bien o moderadamente diferenciados<br>2. Tumores no ulcerados<br>3. Tumores menores de 3 centímetros<br>4. Con viabilidad técnica para su realización<br>5. Que levanten a la inyección de lidocaína o solución salina.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor**<br>**2017**<br>**No modificada** | 52. En pacientes con estadio 0 (tumores In situ) de cáncer colorrectal se sugiere hacer resección endoscópica o local asegurando sus márgenes laterales y profundos negativos.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯<br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor**<br>**2017**<br>**No modificada** | 53. Si hay sospecha clínica de un cáncer colorrectal pT1, se sugiere que el sitio de la escisión sea marcado con tinta china en la submucosa<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯<br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor**<br>**2017**<br>**Modificada** | 54. En pacientes con cáncer de colon que fueron llevados a resección local, con hallazgos patológicos de alto riesgo (márgenes no claros e invasión del tercio profundo de la submucosa (T1/sm3) o más profundo (T2)), se sugiere realizar resección radical.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 55. En pacientes con cáncer de colon, con lesiones más grandes (2 a 3 centímetros), altamente sospechosas de ser estadio 0 (tumor in situ) y que no sean susceptibles de polipectomía o resección local, se sugiere realizar resección segmentada.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 56. En pacientes con cáncer de colon, con lesiones de tamaño superior a 3 centímetros, que ocupen más del 30% de la circunferencia del intestino, pobremente diferenciada o con invasión linfovascular, se sugiere realizar resección radical.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 57. En pacientes con cáncer de colon estadio 0 – I, con indicación de cirugía radical y con baja expectativa de vida o alto riesgo quirúrgico, se sugiere como una opción de tratamiento la escisión no oncológica (resección mesocólica no completa o segmentada).<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 58. En pacientes con cáncer de colon se sugiere considerar la cirugía abierta o mínimamente invasiva como opciones para llevar a cabo la resección quirúrgica oncológica, dependiendo de la disponibilidad del recurso tecnológico y el entrenamiento del personal médico.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

## Cáncer de recto

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | En el manejo del cáncer de recto temprano, un equipo multidisciplinario debería discutir el esquema de tratamiento a ofrecer a los pacientes con cáncer de recto estadio I.<br><br>Generado por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Modificada** | 59. Se sugiere realizar resección local (polipectomía, mucosectomía o disección endoscopia submucosa) abierta o con técnicas endoscópicas, en pacientes con cáncer de recto que tengan las siguientes características:<br><br>1. Tumores que comprometan hasta T1 sm2<br>2. Tumores bien o moderadamente diferenciados<br>3. Tumores no ulcerados<br>4. Tumores menores de 3 centímetros<br>5. Con viabilidad técnica para su realización<br>6. Que levanten a la inyección de lidocaína o solución salina.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 60. En pacientes con cáncer de recto, estadio 0 (tumor in situ) o T1 sm1 (hasta tercio superficial de la submucosa) se sugiere realizar resección local endoscópica, asegurando márgenes laterales y profundos negativos.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Modificada** | 61. En pacientes con cáncer de recto, con lesión estadio 0 o T1 sm1 (hasta tercio superficial de la submucosa) no susceptibles de resección local endoscópica, se sugiere realizar resección local transanal si la lesión es cercana al ano.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| <br>**Punto de buena práctica** | Para que el paciente pueda tomar una decisión informada, el médico tratante debería explicarle la posibilidad de hacer una escisión local como tratamiento para el cáncer de recto, incluyendo los riesgos referentes a la morbilidad operatoria y la recurrencia.<br><br>Adaptado y modificado de GPC SIGN, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 62. Se sugiere realizar resección radical en pacientes con cáncer de recto y alguna de las siguientes características:<br><br>• Lesiones T2<br>• Tumor mal diferenciado<br>• Tumor ulcerado<br>• Invasión perineural – linfovascular<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Todos los pacientes sometidos a cirugía radical para cáncer rectal deberían ser sometidos a escisión del mesorrecto por un cirujano con experiencia en cirugía colorrectal<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Modificada** | 63. En pacientes con cáncer de recto que fueron llevados a resección local, con hallazgos patológicos como márgenes no claros e invasión del tercio profundo de la submucosa (T1/sm3) o más profundo (T2), mala diferenciación, o invasión linfovascular o perineural, se sugiere realizar resección radical, quimiorradioterapia o ambas.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 64. En pacientes con cáncer de recto se sugiere considerar la cirugía abierta o mínimamente invasiva como opciones para llevar a cabo la resección quirúrgica oncológica, dependiendo de la disponibilidad del recurso tecnológico y el entrenamiento del personal médico.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica Nuevo** | Se debe utilizar la ultrasonografía endoscópica rectal durante la evaluación de las lesiones tempranas del recto, antes de la resección quirúrgica, con el fin de definir la invasión de la lesión y determinar la estrategia terapéutica indicada. |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Después de la extirpación de un cáncer colorrectal pT1, se debería establecer un régimen de seguimiento estandarizado.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | La política de vigilancia empleada para los adenomas de riesgo alto es apropiada para el seguimiento después de la extirpación de un cáncer colorrectal pT1 de riesgo bajo.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

### 3.3.6. Manejo quirúrgico para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal estadio II y III

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 65. Se sugiere que el cáncer de colon sea tratado con cirugía radical con escisión mesocólica completa y ligadura alta de los vasos colónicos.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC SIGN, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 66. En los pacientes candidatos para cirugía radical se sugiere escisión total del mesorrecto para los cánceres rectales. La escisión del mesorrecto debería ser total para los tumores de los tercios medio e inferior del recto, con cuidado de preservar los nervios autonómicos pélvicos siempre que ello sea posible sin comprometer la resección del tumor.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC SIGN, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 67. Cuando se requiere una escisión abdominoperineal del recto para cáncer de recto inferior que no pueda ser adecuadamente realizada con una escisión total del mesorrecto, se sugiere realizar la resección con la técnica extraelevadora.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC SIGN, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 68. Con una anastomosis rectal baja (menor de 5 cm de la unión anorrectal) se recomienda realizar un estoma desfuncionalizante.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC SIGN, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 69. Con una anastomosis rectal baja después de una escisión total del mesorrecto (TME), se sugiere considerar un reservorio colónico.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC SIGN, 2011 |

### 3.3.7. Manejo quirúrgico para el tratamiento de pacientes con cáncer de colon resecable con obstrucción

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2013** | 70. No se sugiere utilizar estudios de contraste con enema como la única modalidad de imagen en pacientes con obstrucción aguda del intestino grueso.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 71. En pacientes con obstrucción aguda del intestino grueso, se sugiere considerar la inserción de un stent colónico por un endoscopista con experiencia en técnicas avanzadas, y que cuente con la disponibilidad de un equipo quirúrgico.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 72. Si se considera el uso de un stent colónico en pacientes que presentan obstrucción intestinal aguda, se sugiere ofrecer una tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis para confirmar el diagnóstico de obstrucción mecánica, y para determinar si el paciente tiene enfermedad metastásica o perforación del colon.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 73. En los pacientes con obstrucción aguda del intestino grueso se sugiere corregir el trastorno hidroelectrolítico y luego considerar la inserción de un stent metálico autoexpandible como manejo inicial de una obstrucción colónica completa o casi completa del lado izquierdo.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2013** | 74. No se sugiere dilatar el tumor antes de insertar el stent metálico autoexpandible.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013**  | 75. Si la inserción de un stent metálico autoexpandible está indicada, se sugiere intentar la inserción de manera urgente y no más allá de 24 horas después de que el paciente presente la obstrucción del colon.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

### 3.3.8. Tratamiento quirúrgico para pacientes con cáncer colorrectal metastásico

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 No modificada**  | 76. Si tanto el tumor primario como el metastásico son resecables, se sugiere que el equipo multidisciplinario considere tratamiento sistémico inicial seguido de cirugía, después de una discusión exhaustiva con el paciente. La decisión sobre si las cirugías se realizan al mismo tiempo o de manera separada, debería ser evaluada por el equipo multidisciplinario, en conjunto con el paciente.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯<br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Nueva** | 77. Se sugiere la citorreducción peritoneal más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), como una opción de tratamiento en pacientes con carcinomatosis peritoneal secundaria a cáncer colorrectal, quienes cumplan todos los siguientes criterios:<br><br>• Pacientes entre 18 y 70 años.<br>• Sin comorbilidad de alto riesgo.<br>• Con índice de carcinomatosis ≤ 17 en la presentación inicial, luego de la neoadyuvancia y en caso de una recidiva tardía.<br>• Enfermedad confinada en el abdomen.<br>• Menos de tres metástasis hepáticas fácilmente resecables.<br>• Sin enfermedad retroperitoneal extensa.<br>• ECOG (definir) menor de dos. |

| | |
|---|---|
| | • Sin oclusión intestinal.<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕⊕◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor**<br>**2017**<br>**Nueva** | 78. En pacientes con cáncer de colon estadio IV por carcinomatosis peritoneal que requieren cirugía de urgencia, y que son candidatos a citorreducción peritoneal más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), se sugiere realizar cirugía conservadora, tomar biopsia del peritoneo y de la lesión.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Considere dar prioridad al tratamiento para controlar los síntomas si en algún momento el paciente con cáncer colorrectal presenta síntomas del tumor primario.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

### 3.3.9. Indicación de cirugía abierta o cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | La cirugía colorrectal laparoscópica debería ser considerada, cuando sea apropiada.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | En los pacientes sometidos a cirugía para cáncer rectal se puede considerar la cirugía laparoscópica.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | La cirugía colorrectal laparoscópica debería ser realizada solo por cirujanos que hayan completado un entrenamiento apropiado en la técnica y que realicen el procedimiento frecuentemente para mantener esta competencia. El criterio exacto debería ser determinado por los órganos profesionales nacionales pertinentes (sociedades científicas).<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | La decisión sobre cual procedimiento (abierto o laparoscópico) se llevará a cabo debería hacerse después de una discusión entre el paciente y el cirujano. En particular, se debería considerar: la conveniencia de resección de la lesión por laparoscopia, los riesgos y beneficios de los dos procedimientos y la experiencia del cirujano en ambos procedimientos.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 79. Se sugiere la resección laparoscópica (incluida la laparoscopia asistida) como una alternativa a la resección abierta para individuos con cáncer colorrectal en quienes tanto la cirugía laparoscópica como la cirugía abierta se consideran adecuadas.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

## 3.4. Oncología y radioterapia

### 3.4.1. Tratamiento neoadyuvante para pacientes con cáncer de recto

| | |
|---|---|
| **Punto de buena práctica** | Considere discutir el riesgo de recurrencia local, morbilidad a corto y largo término y los efectos tardíos con el paciente luego de la discusión con el equipo multidisciplinario.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 80. Se recomienda que todos los pacientes que van a ser sometidos a cirugía por cáncer rectal (descrito en las imágenes como cáncer T3/T4 y/o metástasis ganglionares) sean considerados para radioterapia preoperatoria con o sin quimioterapia.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 81. Se recomienda considerar la radioterapia de curso corto (hipofraccionada) como una opción de tratamiento neoadyuvante en centros donde se pueda ofrecer radioterapia con acelerador lineal, preferiblemente con técnica conformacional o radioterapia de intensidad modulada (IMRT).<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2013** | 82. No se sugiere ofrecer radioterapia preoperatoria de curso corto (hipofraccionada) o quimiorradioterapia a pacientes con cáncer rectal operable de bajo riesgo.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 83. Se sugiere realizar radioterapia preoperatoria de curso corto (hipofraccionada) y luego cirugía inmediata en pacientes con cáncer rectal operable con riesgo moderado (ver tabla para grupos de riesgo) ó, quimiorradioterapia preoperatoria con un intervalo que permita respuesta tumoral y reducción del tamaño tumoral antes de la cirugía en pacientes con tumores limítrofes entre riesgo moderado y alto.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 84. Se sugiere realizar quimiorradioterapia preoperatoria con un intervalo antes de la cirugía que permita respuesta tumoral y reducción del tamaño tumoral (en lugar de radioterapia preoperatoria de curso corto o hipofraccionada), en pacientes con cáncer rectal operable de alto riesgo.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 85. La quimiorradioterapia como terapia preoperatoria en pacientes con cáncer rectal localmente avanzado estadios T3 y T4 es recomendada sobre el uso de radioterapia sola con fraccionamiento estándar, para mejorar tasas de respuesta tumoral y disminuir el riesgo de recurrencia local y regional.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 86. Al ofrecer quimioterapia neoadyuvante concomitante con radioterapia a pacientes con cáncer colorrectal localmente avanzado estadio T3 y T4, se sugiere considerar las siguientes opciones de tratamiento:<br><br>• 5-fluorouracilo infusional continuo o<br>• 5-fluorouracilo/Leucovorina o<br>• Capecitabina.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2013** | 87. No se sugiere ofrecer quimiorradioterapia preoperatoria únicamente para facilitar la cirugía de preservación de los esfínteres a pacientes con cáncer rectal.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

### 3.4.2. Indicación de la quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer colorrectalestadio II

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 88. Se sugiere realizar quimioterapia adyuvante posterior a cirugía en pacientes con cáncer de colon estadio II de alto riesgo. Se deberían discutir todos los riesgos y beneficios con el paciente.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 89. Se sugiere evaluar la estadificación patológica posterior a cirugía antes de decidir ofrecer o no quimioterapia adyuvante.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 90. Se sugiere realizar quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer rectal estadio II de alto riesgo y en todos los estadios III para reducir el riesgo de recurrencia sistémica.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

### 3.4.3. Opciones de quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer colorrectal estadio II y III

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 91. Los pacientes con cáncer colorrectal estadio II de alto riesgo se benefician de la quimioterapia adyuvante con 5-fluorouracilo/folinato de calcio (leucovorina) para disminuir el riesgo de recaídas.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 92. En pacientes con cáncer colorrectal estadio II de alto riesgo, se sugiere considerar el uso de capecitabina como alternativa al 5-fluorouracilo en terapia adyuvante.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 93. Para el tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer colorrectal estadio III posterior a cirugía para esta condición, se sugiere el uso de oxaliplatino en combinación con 5-fluorouracilo y ácido folínico.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 94. La elección del tratamiento adyuvante debería realizarse conjuntamente entre el paciente y los clínicos responsables del tratamiento. La decisión debe ser tomada posterior a una discusión informada entre los clínicos y el paciente; esta discusión debe tener en cuenta las contraindicaciones y el perfil de efectos secundarios del (los) agente(s) y el método de administración, como también el estado clínico y las preferencias del paciente.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 95. Se sugiere el uso de monoterapia con capecitabina o 5-fluorouracilo/folinato de calcio (Leucovorina) solo en pacientes con cáncer colorrectal estadio III, en quienes están contraindicados los regímenes basados en oxaliplatino.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 96. En pacientes con cáncer colorrectal estadio III, el uso de capecitabina en combinación con oxaliplatino como terapia adyuvante, puede considerarse como una alternativa al 5-fluorouracilo más oxaliplatino.<br><br>Recomendación generada por consenso de expertos |

### 3.4.4. Indicación de la radioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de recto

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 97. Se recomienda radioterapia adyuvante en pacientes con cáncer rectal con tumor residual irresecable (márgenes positivos), según reporte de hallazgos anatomopatológicos del espécimen quirúrgico, o en pacientes con riesgo moderado o alto que no han recibido neoadyuvancia.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

### 3.4.5. Opciones detratamiento sistémico en pacientes con cáncer colorrectal metastásico

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Modificada** | 98. Al ofrecer múltiples drogas quimioterapéuticas a pacientes con cáncer colorrectal avanzado, irresecable o metastásico, se recomienda considerar una de las siguientes secuencias de quimioterapia, a menos que estén contraindicadas:<br><br>- FOLFOX (folinato de calcio más fluorouracilo más oxaliplatino) o XELOX (capecitabina más oxaliplatino) como tratamiento de primera línea, seguido de un régimen basado en irinotecán (irinotecán o FOLFIRI) como tratamiento de segunda línea.<br>- FOLFIRI (folinato de calcio más fluorouracilo más irinotecán) como tratamiento de primera línea, seguido de un régimen basado en oxaliplatino (FOLFOX o XELOX) como tratamiento de segunda línea.<br><br>Se debería decidir la combinación y secuencia de quimioterapia a emplear después de una evaluación y discusión completa de los posibles efectos secundarios y las preferencias del paciente.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 No modificada** | 99. Se sugiere considerar la terapia oral con capecitabina como una opción para el tratamiento de primera línea del cáncer colorrectal metastásico<br><br>Calidad de la evidencia baja ⊕◯◯◯<br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2003 |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Modificada** | 100. El FOLFOXIRI (ácido folínico más fluoracilo más oxaliplatino más irinotecan) como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer colorrectal metastásico se recomienda como alternativa al uso de FOLFOX (ácido folínico más fluorouracilo más oxaliplatino) o FOLFIRI (ácido folínico más fluorouracilo más irinotecan) en pacientes seleccionados con excelente estado funcional, después de discutir con el paciente los posibles efectos secundarios y los beneficios del tratamiento.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte en contra 2017 No modificada** | 101. El uso de FOLFOXIRI (ácido folínico más fluoracilo más oxaliplatino más irinotecan) no se recomienda como una opción quimioterapéutica en segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer colorrectal metastásico.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯<br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Modificada** | 102. Se sugiere considerar la posibilidad de raltitrexed sólo en pacientes con cáncer colorrectal avanzado que no toleran 5 -fluouracilo y ácido folínico (leucovorina), o en quienes estos fármacos no son adecuados (por ejemplo, pacientes que desarrollan cardiotoxicidad) y en quienes no hay alternativas de tratamiento eficaces. Se deberían discutir todos los riesgos y beneficios del raltitrexed con el paciente.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Modificada** | 103. Bevacizumab en combinación con regímenes de quimioterapia basados en fluoropirimidina, oxaliplatino y/o irinotecán en primera o segunda línea de tratamiento, es recomendado como opción de tratamiento para pacientes con cáncer colorrectal avanzado en quienes los beneficios exceden los riesgos de toxicidad.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Modificada** | 104. Un anticuerpo anti-EGFR como Cetuximab o Panitumumab en combinación con regímenes de quimioterapia basados en fluorouracilo, oxaliplatino o irinotecán en primera o segunda línea de tratamiento, se recomienda como una opción de tratamiento en pacientes con cáncer colorrectal metastásico con KRAS y NRAS nativos, en quienes los beneficios exceden los riesgos de toxicidad.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Modificada** | 105. La monoterapia con cetuximab o panitumumab se recomienda como una opción de tratamiento en segunda o tercera línea en pacientes con cáncer colorrectal metastásico con KRAS y NRAS nativos que han fallado a otros tratamientos previos.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Modificada** | 106. En pacientes con cáncer colorrectal metastásico o irresecable, se recomienda la terapia de mantenimiento con una monoterapia: fluoropirimidina y/o un anticuerpo monoclonal después de haber sido utilizados como parte de quimioterapia de combinación en primera línea de tratamiento.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯ |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2017 Nueva** | 107. En pacientes llevados a cirugía de resección de metástasis y que posterior a ésta no tienen evidencia de enfermedad residual macroscópica, se recomienda tratamiento complementario postoperatorio con 3 a 6 meses de quimioterapia basada en fluoropirimidina +/- oxaliplatino (según régimen previo). En estos pacientes no se recomienda el uso de anticuerpos monoclonales como parte de la quimioterapia postoperatoria.<br><br>Calidad de la evidencia moderada ⊕⊕⊕◯ |

### 3.4.6. Opciones de tratamiento inicial en pacientes con cáncer colorrectal irresecable no metastásico

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor 2013** | 108. Los pacientes con cáncer colorrectal localmente avanzado irresecable con buen estado funcional que no hayan recibido tratamiento previo, pueden beneficiarse de tratamiento inicial con quimiorradioterapia concomitante.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 109. Los pacientes con cáncer colorrectal localmente avanzado irresecable con buen estado funcional que no hayan recibido tratamiento previo, pueden beneficiarse de tratamiento inicial con radioterapia de curso corto (hipofraccionada) en centros donde se pueda ofrecer radioterapia con acelerador lineal preferiblemente con técnica conformacional (IMRT).<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 110. Para enfermedad localmente avanzada irresecable de colon se sugiere homologar el tratamiento quimioterapéutico propuesto para cáncer colorrectal metastásico.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

### 3.4.7. Factores predictivos de respuesta al tratamiento sistémico en pacientes con cáncer colorrectal avanzado yestudios de biología molecular del espécimen quirúrgico de los pacientes con cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Modificada**  | 111. En cáncer colorrectal avanzado (metastásico o irresecable) se sugiere realizar estudio de biología molecular para determinar mutación de KRAS, y en aquellos pacientes con resultado de KRAS nativo, determinar mutación de NRAS.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Modificada** | 112. En pacientes con cáncer colorrectal avanzado (metastásico o irresecable), se sugiere considerar como factor predictivo favorable de la respuesta al tratamiento con anticuerpos anti-EGFR, la presencia de KRAS y NRAS nativos o no mutados.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2017 Modificada** | 113. En pacientes con cáncer colorrectal avanzado (metastásico o irresecable) con KRAS y NRAS nativos o no mutados, se sugiere la realización de estudio mutacional de BRAF para determinar terapia anti-EGFR, teniendo en cuenta su disponibilidad y de acuerdo con la decisión de una junta médica.<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2017 Modificada** | 114. No se sugiere la determinación rutinaria de la inestabilidad microsatelital como estudio molecular predictor de respuesta en pacientes con cáncer colorrectal avanzado (metastásico o irresecable).<br><br>Calidad de la evidencia muy baja ⊕◯◯◯ |

## 3.5. Seguimiento

### 3.5.1. Estrategia de seguimiento en pacientes con cáncer colorrectal tratado

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Considere iniciar una nueva investigación si existe alguna sospecha clínica, radiológica o bioquímica de enfermedad recurrente.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Considere detener el seguimiento regular cuando el paciente y el médico tratante han discutido y acordado que los posibles beneficios no compensan los riesgos de nuevas pruebas o cuando el paciente no puede tolerar otros tratamientos.<br><br>Adaptado y modificado de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 115. Se sugiere programar visita de seguimiento a todos los pacientes con cáncer colorrectal, 8 a 12 semanas después de haber terminado el tratamiento potencialmente curativo.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 116. Se sugiere realizar una visita de seguimiento que incluya exploración física y prueba de antígeno carcinoembrionario cada seis meses durante cinco años.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2012 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 117. Se sugiere una tomografía axial computarizada de tórax y abdomen cada año durante tres años. También se sugiere una tomografía computarizada pélvica con la misma frecuencia si el tumor primario se localizaba en el recto.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2012 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 118. Si los recursos locales y/o las preferencias del paciente excluyen el uso de la tomografía axial computarizada, se sugiere sustituir con un ultrasonido la tomografía de abdomen y de pelvis y sustituir con una radiografía de tórax la tomografía de tórax. Una frecuencia razonable para estas pruebas es cada seis a doce meses durante los tres primeros años y luego anualmente durante el cuarto y quinto año de seguimiento.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2012 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 119. Se sugiere realizar una colonoscopia de seguimiento aproximadamente un año después de la cirugía inicial. La frecuencia de las colonoscopias de vigilancia posteriores debería depender de los resultados de la anterior, pero por lo general se debería realizar cada cinco años si los resultados de la anterior colonoscopia son normales.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2012 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 120. Si una colonoscopia completa no se realizó en el transcurso del diagnóstico y la estadificación (por ejemplo, debido a una obstrucción), la evidencia sugiere hacer una colonoscopia dentro de los seis meses siguientes de haber completado la terapia primaria.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2012 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 121. Si el diagnóstico de recidivas extrahepáticas es incierto, se sugiere mantener al paciente en examen clínico y ofrecer imágenes repetidas a intervalos acordados entre el médico tratante y el paciente.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC NICE, 2011 |

| | |
|---|---|
| **Débil en contra 2013** | 122. No se sugiere la tomografía con emisión de positrones como parte de la vigilancia de rutina en pacientes con cáncer colorrectal tratados con cirugía curativa.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2010 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 123. Se sugiere realizar tomografía con emisión de positrones para determinar el sitio de recurrencia en pacientes que tienen aumento del antígeno carcinoembrionario con imágenes convencionales que no identifican enfermedad metastásica.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2010 |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 124. Se sugiere considerar una recurrencia con cualquier síntoma nuevo y persistente o que empeore, en especial:<br><br>• Dolor abdominal, particularmente en el cuadrante superior derecho o en el flanco derecho (área hepática).<br>• Tos seca.<br>• Síntomas vagos constitucionales como fatiga o náuseas.<br>• Pérdida de peso inexplicable.<br>• Signos y/o síntomas específicos para cáncer rectal: dolor pélvico, ciática, dificultad para orinar o defecar.<br>• No hay señales de síntomas específicos para el cáncer de colon que no fueran aplicables también al cáncer de recto.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC CCO, 2012 |

## 3.6. Rehabilitación

### 3.6.1. Estrategia de rehabilitación para los pacientes con cáncer color rectal

| | |
|---|---|
| <br>**Punto de buena práctica** | Los pacientes con cáncer colorrectal podrían beneficiarse de un programa de rehabilitación basado en actividad física cardiovascular que se encuentre dentro de un programa integral de manejo.<br><br>Generado por el grupo desarrollador de la guía |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 125. En pacientes con cáncer colorrectal a quienes se haya realizado tratamiento con preservación de esfínter anal, se sugiere realizar valoración especializada por fisiatría para direccionar el proceso de rehabilitación. Así mismo, se sugiere la realización de ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico direccionados por terapeuta e idealmente a través de la realización de terapia biofeedback del piso pélvico como estrategia de rehabilitación para el manejo de incontinencia esfinteriana.<br><br>Recomendación generada por el grupo desarrollador de la guía |

## 3.7. Calidad de vida

### 3.7.1. Calidad de vida después de una cirugía colorrectal, quimioterapia o radioterapia

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Para la medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer colorrectal considere el uso de instrumentos validados en la población colombiana.<br><br>Generado por el grupo desarrollador de la guía |

## 3.8. Cuidado paliativo

### 3.8.1. Manejo paliativo de los síntomas más comunes del paciente con cáncer colorrectal

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 126. Se sugiere el uso de analgésicos, antieméticos y medicamentos antisecretores, solos o en combinación para aliviar los síntomas de obstrucción intestinal maligna inoperable.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC SIGN, 2011 |

## 3.9. Aspectos de patología

### 3.9.1. Estándares de calidad del reporte histopatológico en el cáncer colorrectal en biopsias diagnósticas, resección de pólipos, piezas quirúrgicas, y otros especímenes

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Se debería consultar un equipo multidisciplinario sobre si es recomendable o no realizar resección quirúrgica de un adenocarcinoma pT1; si la resección quirúrgica se recomienda, se debe considerar la posibilidad de obtener la opinión de un segundo histopatólogo dado que existe variación en la evaluación de las características de alto riesgo.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Los programas de patología deberían tener una política sobre la metodología de las mediciones de tamaño de las lesiones removidas endoscópicamente, y deberían monitorizar regularmente la exactitud de las mismas. La desviación entre el tamaño real y las mediciones de los patólogos y endoscopistas debería ser minimizada.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Las decisiones de tratamiento que dependen del tamaño de la lesión deberían tener en cuenta el potencial de imprecisión en la medición del tamaño. El equipo multidisciplinario debería considerar apartarse de las categorías de tamaño recomendadas en los algoritmos de tratamiento y vigilancia, si la revisión de un caso indica que hay suficiente razón para dudar de la exactitud de la medición. Tales casos deberían ser llevados a junta de expertos para la toma de decisiones.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Todas las biopsias y las lesiones identificadas en un programa de tamización y la subsecuente resección de especímenes deberían ser reportadas en un informe o formato electrónico de manera oportuna en el 100% de los casos. El formato debería ser enviado al médico tratante, al registro de cáncer pertinente y al programa de tamización.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
|  **Punto de buena práctica** | Considere reportar la correlación entre el diagnóstico histológico de biopsias y las resecciones. Cualquier falta de correlación debería ser discutida por un equipo multidisciplinario y los resultados de esta discusión deberían documentarse.<br><br>Adaptado y modificado de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 127. Debido a la mejorada reproducibilidad diagnóstica de la clasificación revisada de Viena, se sugiere el uso de esta clasificación en un formato modificado para lesiones detectadas en la tamización para así asegurar una comunicación internacional constante y la comparación de la histopatología de biopsias y especímenes de resección.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 128. Se sugiere utilizar sólo dos grados en el reporte de neoplasia intraepitelial colorrectal (bajo grado y alto grado), para reducir al mínimo el error intraobservador e interobservador.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 129. Se sugiere reportar los adenocarcinomas colorrectales de acuerdo con la clasificación TNM vigente al momento del diagnóstico. La versión del TNM debería indicarse así: pT4 pN2 pM1 (versión 7). Esto puede abreviarse aún más a pT4N2M1 (V7).<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 130. Se sugiere utilizar la clasificación de la OMS de los adenomas en: tubulares, tubulo-vellosos y vellosos.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 131. Debido al alto riesgo de cáncer colorrectal asociado con lesiones planas y/o deprimidas, se sugiere que estas sean reportadas como lesiones no polipoides y adicionalmente, clasificadas con la clasificación de París.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 132. Se sugiere que el patólogo verifique la remoción completa de las lesiones neoplásicas (márgenes libres) y la ausencia de invasión de la submucosa en especímenes de biopsias. En la actualidad se recomienda un margen de sección de 1 mm. Se sugiere que los casos de extirpación incompleta o de incertidumbre sobre la invasión de la submucosa se destaquen en el informe de patología.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 133. Se sugiere realizar el subestadiaje de los cánceres T1 para determinar el riesgo de enfermedad residual. Se debería considerar el método apropiado que puede variar dependiendo de la morfología de la lesión (Kikuchi/Haggitt o medición). En la actualidad se recomienda para lesiones no polipoides los estadios de Kikuchi y para lesiones pedunculadas los de Haggitt.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

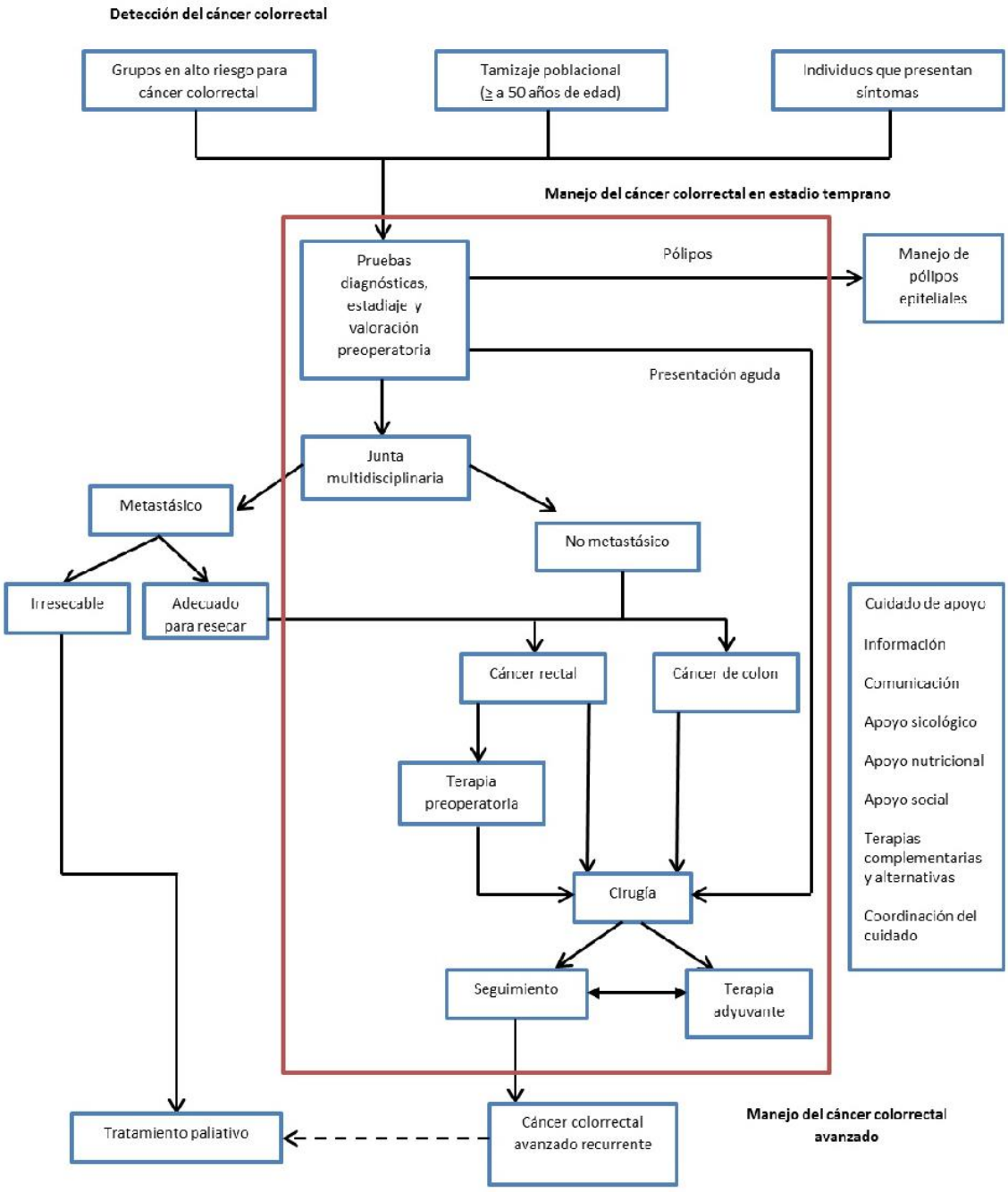
| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 134. Se sugiere reportar las características de alto riesgo para enfermedad residual tales como un borde de sección menos o igual a 1 mm, la pobre diferenciación y la invasión linfática y vascular.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 135. Se sugiere que el patólogo mida cuidadosamente el tamaño de las lesiones al milímetro más próximo en la lámina de hematoxilina y eosina, o en el espécimen fijado cuando la mayor dimensión de la lesión no puede ser medida en la lámina. Las mediciones de endoscopia son menos precisas y solo deberían utilizarse cuando sea estrictamente necesario; por ejemplo, si la lesión está fragmentada.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor 2013** | 136. Dadas las pequeñas dimensiones de la capa submucosa, la infiltración dentro del nivel de la submucosa se sugiere medir en micras desde la línea de fondo de la muscularis mucosae.<br><br>Recomendación adaptada y modificada de GPC IARC |

# 4. ALGORITMOS DE MANEJO

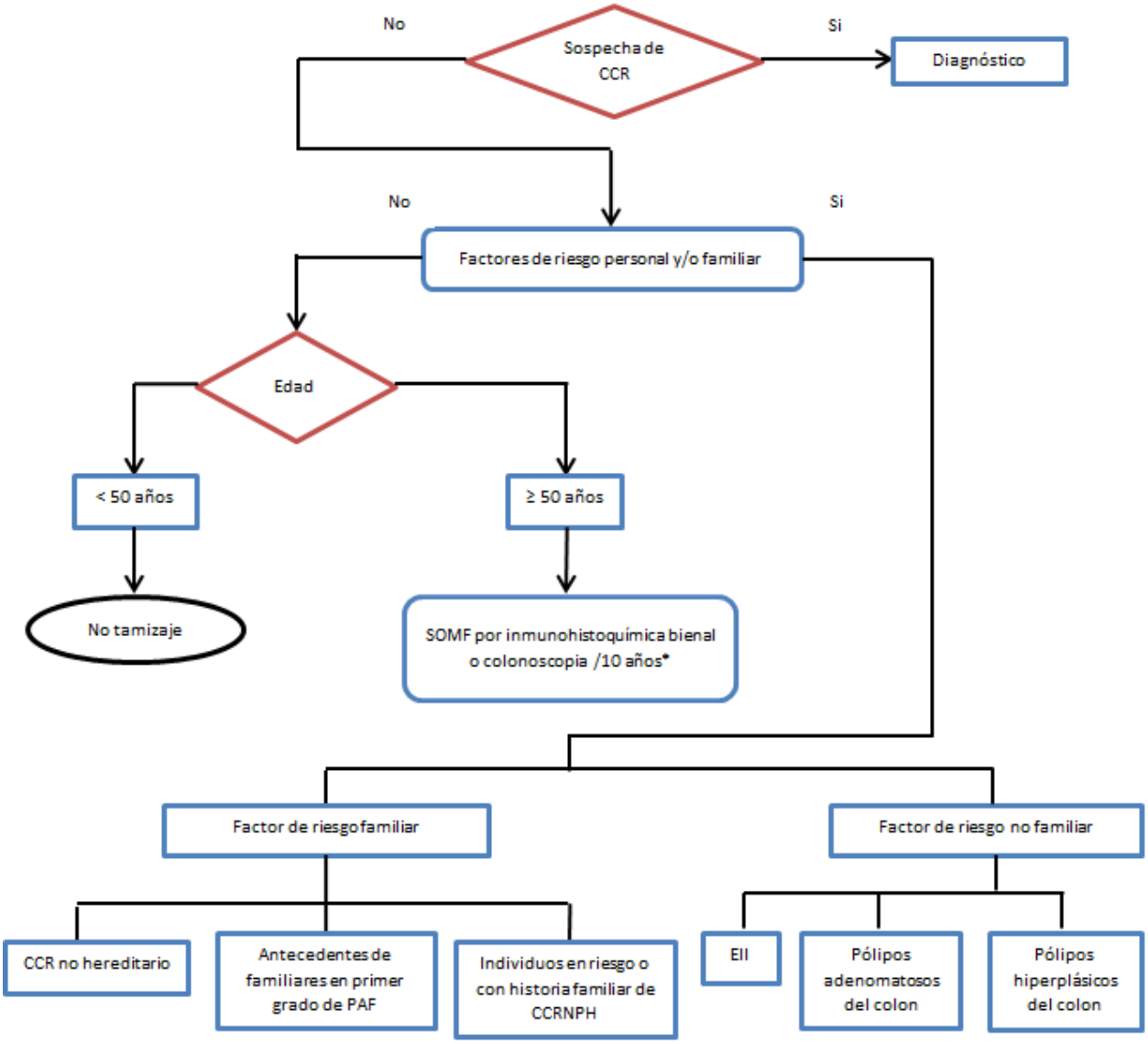
## 4.1. Algoritmo 1. Atención integral del cáncer colorrectal




Tomado y adaptado de: New Zealand Guidelines Group. Guidance on surveillance for people at increased risk of colorectal cancer. Wellington: New Zealand Guidelines Group; 2012.

## 4.2. Algoritmo 2. Clasificación del riesgo de cáncer colorrectal

**CLASIFICACION DEL RIESGO DE CANCER COLORRECTAL**

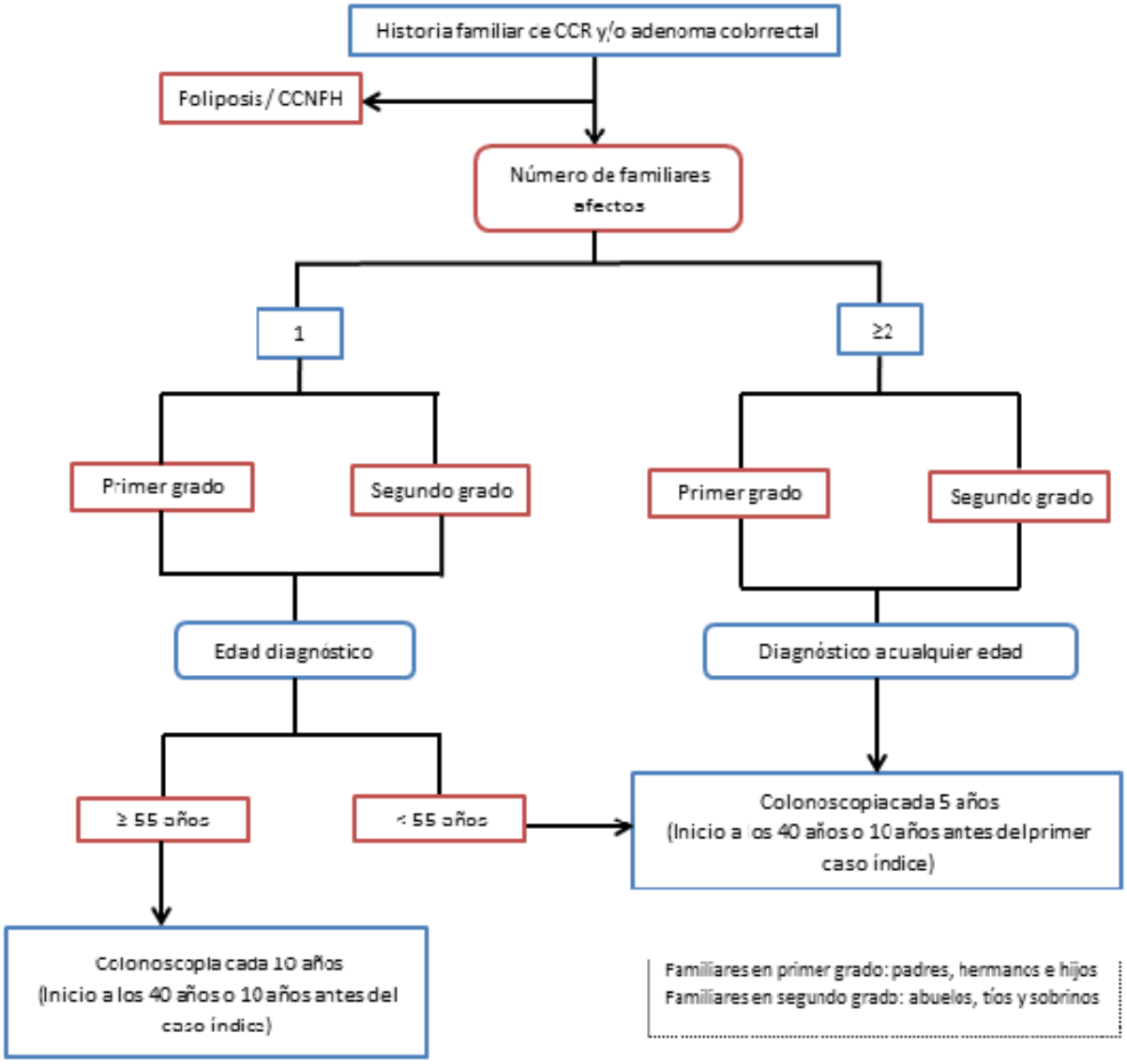



Adaptado y modificado de: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4

* Recomendación generada a partir del Consenso Nacional de Expertos.

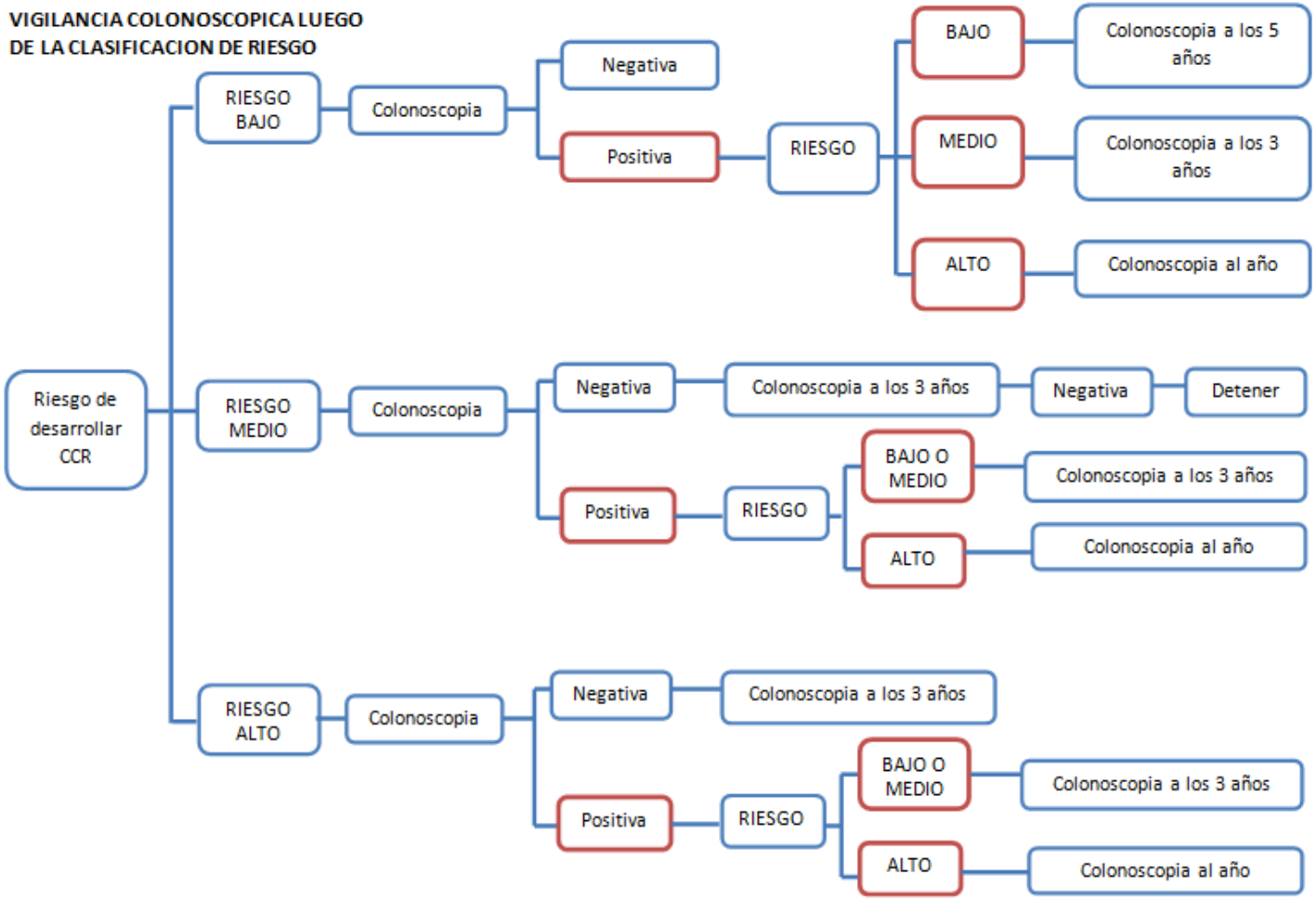
## 4.3. Algoritmo 3. Estrategia de tamización en individuos con antecedentes familiares de cáncer colorrectal no hereditario

ESTRATEGIA DE TAMIZACIÓN EN INDIVIDUOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES
DE CANCER COLORRECTAL NO HEREDITARIO




Adaptado y modificado de: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4

## 4.4. Algoritmo 4. Vigilancia colonoscópica luego de la clasificación del riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal



## 4.5. Algoritmo 5. Manejo del cuidado paliativo en el paciente oncológico

