

Informe de Priorización de Preguntas

Guía de Práctica Clínica Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más 2018

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, periódicamente elaboran y actualizan Guías de Práctica Clínica (GPC), lo cual implica definir las potenciales preguntas clínicas en formato específico, para luego priorizarlas¹.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud², después de instruir en la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para la elaboración de GPC, incentivó a los Panelistas³ a formular preguntas de decisión clínicas centradas en los efectos de intervenciones a comparar.

La formulación de las preguntas asociadas a la temática de la GPC, se contextualizan en el escenario de la práctica clínica en Chile, considerando tanto el sistema de salud público como privado. En esta etapa se definieron los siguientes componentes de la pregunta: población, la intervención de interés, la intervención de comparación⁴.

1

Tabla n°1: Estructura “Población, Intervención, Comparación” (PIC) para pregunta clínicas.

P	Población	Población a la cual está dirigida la intervención. Se requiere precisar lo más detalladamente posible: edad, etapa de la enfermedad, factores de riesgo, etc.
I	Intervención	Intervención que se quiere evaluar, suele ser una intervención innovadora o reciente.
C	Comparación	Intervención comparadora, por lo general es la intervención que se realiza habitualmente. La comparación debe ser una intervención que sea válida tanto en términos éticos como en términos de factibilidad.

¹ Ministerio de Salud de Chile. [Manual Metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#). Gobierno de Chile. Santiago; 2014.

² Equipo del Ministerio de Salud, constituido por profesionales de División de Prevención y Control de Enfermedades y División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cumpliendo funciones de coordinador temático y coordinador metodológico respectivamente.

³ Expertos clínicos, referentes del MINSAL y de FONASA convocados especialmente para la elaboración de la GPC.

⁴ Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2018 Jun 12];64(4):395–400.

Tras el debate entre los Panelistas y asesorías del Equipo Coordinador se formularon 30 preguntas clínicas (ver Tabla n°2).

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Luego de formuladas las preguntas, y a través de un cuestionario online, se solicitó a los panelistas que valorarán cada una, asignando un puntaje entre 1 y 7, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. Los criterios usados para valorar las preguntas fueron:

- a. ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- b. ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- c. ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- d. ¿La intervención genera impacto importante en el uso de recursos, ya sea en ahorro o gastos?
- e. ¿Es una pregunta clínica nueva que no ha sido abordada en la guía anterior?

Luego se les solicitó que hicieran una evaluación general considerando los criterios anteriores, utilizando la misma escala:

- **Considerando lo anterior ¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica?**

Una vez evaluadas las preguntas formuladas por los panelistas, se calculó la mediana de la importancia asignada a la pregunta clínica y se ordenaron de manera descendente.

Tabla n°2: Preguntas clínicas formuladas y Mediana de la importancia asignada a la pregunta clínica asignada por el panel.

Preguntas clínicas formuladas 2018	Mediana ¹ de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=19)
En personas con diagnóstico de cáncer de recto medio e inferior en proceso de etapificación local ¿Se debe “realizar resonancia magnética de pelvis” en comparación a “realizar TAC de pelvis”?	6
En personas con diagnóstico de cáncer de recto ¿Se debe “realizar cirugía en centros de alto volumen” en comparación a “realizar cirugía en centros de bajo volumen”?	6
En personas con diagnóstico de cáncer de colon en etapa II operado y factores de riesgo de recurrencia (T4, obstructivo o perforado, bajo recuento ganglionar, permeaciones vasculares, brotes tumorales, infiltración perineural) ¿Se debe “quimioterapia adyuvante” en comparación a “no realizarla”?	6
En personas con diagnóstico de cáncer de colon reseado en etapa III ¿Se debe “realizar quimioterapia adyuvante por 3 meses” en comparación a “realizar quimioterapia adyuvante por 6 meses”?	6
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV ¿Se debe “realizar estudio de KRAS, NRAS, BRAF” en comparación a “no realizar”?	6
En personas con test de sangre oculta en deposiciones positivo (inmunológico o molecular) ¿Se debe “realizar colonoscopia total” en comparación a “realizar colonoscopia izquierda”?	5,5
En personas con diagnóstico de cáncer de recto o colon en proceso de etapificación ¿Se debe “TAC tórax, abdomen y pelvis” en comparación a “TAC abdomen y pelvis”?	5,5
En personas con diagnóstico de cáncer de recto localmente avanzado ¿Se debe “realizar quimioradio neoadyuvante” en comparación a “radioterapia corta/hipofraccionado neoadyuvante”?	5,5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV reseable ¿Se debe “cirugía + quimioterapia” en comparación a “quimioterapia”?	5,5
En personas de riesgo promedio de entre 50 y 75 años ¿Se debe “realizar test de sangre oculta en deposiciones inmunológico” en comparación a “no realizar”?	5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal que requiere cirugía de urgencia ¿Se debe “realizar cirugía por coloproctólogo” en comparación a “realizar cirugía por cirujano general”?	5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV no reseable ¿Se debe “realizar tratamiento sistémico paliativo + cuidados de soporte” en comparación a “realizar sólo cuidados de soporte”?	5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV potencialmente reseable ¿Se debe “realizar tratamiento sistémico (quimioterapia con o sin biológico) MÁS resección” en comparación a “realizar tratamiento sistémico paliativo”?	5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV no reseable ¿Se debe “tratamiento local del tumor primario” en comparación a “no tratar tumor primario”?	5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal ¿Se debe “realizar estudio de inestabilidad microsatelital (MSI)” en comparación a “no realizar”?	5

Preguntas clínicas formuladas 2018	Mediana ¹ de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=19)
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV ¿Se debe “realizar tratamiento de quimioterapia MÁS biológicos” en comparación a “realizar tratamiento de quimioterapia”?	5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal que será operado y con riesgo de ostomizar ¿Se debe “realizar marcación preoperatoria por profesional capacitado” en comparación a “no realizar”?	5
En personas con cáncer de recto etapa II o III operado ¿Se debe “realizar quimioterapia adyuvante” en comparación a “no realizar”?	5
En persona con cáncer colorectal tratados con intención curativa ¿Se debe “realizar seguimiento por 5 años” en comparación a “realizar seguimiento de por vida”?	5
En persona con cáncer colorectal tratados con intención curativa ¿Se debe “seguimiento cada 6 meses” en comparación a “Seguimiento anual”?	5
En persona con cáncer colorectal tratados con intención curativa ¿Se debe “realizar seguimiento con examen CEA” en comparación a “no realizar”?	5
En persona con cáncer colorectal portadores de ostomía ¿Se debe “realizar seguimiento de cuidados de ostomía por profesional capacitado” en comparación a “no realizar”?	5
En personas de riesgo aumentado de 45 y más años ¿Se debe “test de sangre oculta en deposiciones inmunológico” en comparación a “no realizar”?	4,5
En personas con diagnóstico de cáncer de recto ¿Se debe “realizar cirugía laparoscópica” en comparación a “realizar cirugía abierta”?	4,5
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal resecable endoscópicamente ¿Se debe “realizar resección local endoscópica” en comparación a “cirugía oncológica (colectomía, resección anterior baja o MILES)”?	4,5
En personas de riesgo promedio de entre 40 y 50 años ¿Se debe “realizar test de sangre oculta en deposiciones inmunológico” en comparación a “no realizar”?	4
En personas con diagnóstico de cáncer de recto o colon en proceso de etapificación ¿Se debe “realizar detección con examen CEA” en comparación a “no realizarla”?	4
En personas con diagnóstico de cáncer de recto ¿Se debe “realizar cirugía transanal” en comparación a “realizar cirugía con abordaje abdominal”?	4
En personas con diagnóstico de cáncer colorectal ¿Se debe “protocolo de recuperación acelerada (ERAS)” en comparación a “protocolo tradicional”?	4
En personas de riesgo promedio de entre 50 y 75 años ¿Se debe “utilizar biomarcadores moleculares en deposiciones” en comparación a “realizar test de sangre oculta en deposiciones inmunológico”?	3

¹ Escala de entre 1 y 7, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”

PREGUNTAS PRIORIZADAS

Para la versión 2018 de la GPC, se priorizaron 7 preguntas clínicas.

1. En personas con diagnóstico de cáncer de recto medio e inferior en proceso de etapificación local ¿Se debe “realizar resonancia magnética de pelvis” en comparación a “realizar TAC de pelvis”?
2. En personas con diagnóstico de cáncer de recto ¿Se debe “realizar cirugía en centros de alto volumen” en comparación a “realizar cirugía en centros de bajo volumen”?
3. En personas con diagnóstico de cáncer de colon en etapa II operado y factores de riesgo de recurrencia (T4, obstructivo o perforado, bajo recuento ganglionar, permeaciones vasculares, brotes tumorales, infiltración perineural) ¿Se debe “quimioterapia adyuvante” en comparación a “no realizarla”?
4. En personas con diagnóstico de cáncer de colon resecaado en etapa III ¿Se debe “realizar quimioterapia adyuvante por 3 meses” en comparación a “realizar quimioterapia adyuvante por 6 meses”?
5. En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV ¿Se debe “realizar estudio de KRAS, NRAS, BRAF” en comparación a “no realizar”?
6. En personas con diagnóstico de cáncer colorectal en etapa IV ¿Se debe “realizar tratamiento de quimioterapia MÁS biológicos” en comparación a “realizar tratamiento de quimioterapia”?
7. En personas con diagnóstico de cáncer de recto o colon en proceso de etapificación ¿Se debe “TAC tórax, abdomen y pelvis” en comparación a “TAC abdomen y pelvis”?

5

Se incorporó la pregunta número 6 dado que su respuesta es complementaria a la respuesta de la pregunta la pregunta número 5. Además se incorporó la pregunta 7 por asesoría de la Coordinadores Clínicos, dada la variabilidad en la práctica clínica relacionado a esta intervención.

Las restantes preguntas formuladas por el panel y que no fueron priorizadas para esta actualización, quedarán pendientes para ser consideradas en futuras actualizaciones de la Guía.

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON DE LA PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Nombre	Profesión	Instituciones
Alejandra Barahona Miranda	Químico Farmacéutico	Hospital Del Salvador.
Alejandro Zarate Castillo	Médico Coloproctólogo	Hospital de Maipú. Clínica Las Condes.
Alonso Puga Yung	Bioquímico	Hospital Doctor Eduardo Schütz Puerto Montt.
Andrea Denisse Tello Martínez	Enfermera	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.
Carla Gina Morong Campillo	Médico Anatomopatólogo	Servicio de Salud Metropolitano Central - Hospital Clínico San Borja Arriarán.
Claudia Schramm Lathrop	Químico Farmacéutico	Hospital Base Valdivia.
Constanza Margarita Zuñiga Correa	Psicooncólogo	Hospital DIPRECA y APCHI. Clínica Tabancura.
Daniel Soto Castillo	Médico Cirujano Colorectal	Hospital de Carabineros.
Fanny Sepúlveda Rojas	Enfermera	Departamento de Manejo integral del Cáncer y otros Tumores. MINSAL.
Felipe Bellolio Roth	Médico Coloproctólogo	Sociedad Chilena De Coloproctología.
Francisco Garrido Cisterna	Médico Radiólogo	Departamento De Radiología. Universidad Católica De Chile.
Isidora Prado Uriarte	Médico	División de Atención Primaria. MINSAL.
Javiera Torres Montes	Médico Anatomopatólogo	Pontificia Universidad Católica De Chile. Sociedad Chilena De Anatomía Patológica.
José Esteban Peña Durán	Médico Oncólogo	Hospital Sótero Del Río. Universidad Católica.
Juvenal Antonio Ríos Leal	Médico Cirujano	Departamento de Manejo integral del Cáncer y otros Tumores. MINSAL.
Mauricio Bizama Fuentealba	Enfermero	Ministerio de Salud.
Paola Aguilera Ibaceta	Matrona	Fondo Nacional de Salud
Raúl Valenzuela Suazo	Kinesiólogo	Departamento de Rehabilitación Y Discapacidad. MINSAL.
Ximena Del Pilar Meneses Corral	Enfermera Matrona	Fundación Instituto Nacional De Heridas. Hospital Clínico UC-CHRISTUS.