

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia 2018 Recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más del año 2013

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la GPC Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más del año 2013, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

1

Etapla 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la GPC Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más del año 2013, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factible de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 17 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etapla 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?

- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE.

En caso particular de esta Guía, en una reunión presencial, se revisaron de todas las recomendaciones definidas como vigentes, ya que algunas habían sido evaluadas por pocos votantes. Tras revisarlas el panel de expertos decidió por consenso mantener el resultado de la votación. Ver detalle en Anexo 02.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves, se definieron las siguientes como vigentes:

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2018, de la GPC Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más del año 2013.
La TC preoperatoria debe ser utilizada para la detección de metástasis hepáticas.
En los pacientes con indicación quirúrgica se recomienda: Para los tumores de colon resecables, el procedimiento de elección es la colectomía del segmento afectado con resección en bloc de los linfonodos que lo drenan.
Las lesiones que invaden otros órganos se deben resecar en bloc.
Para lesiones de colon izquierdo es segura una resección segmentaria.
Se recomienda 2 cm de margen distal, y 1 cm con histología normal en recto inferior.
En cáncer de recto distal se debe realizar la escisión total de mesorrecto.
Los tumores de recto con órganos adyacentes comprometidos deben ser tratados con resección en bloc.
La resección abdominoperineal está indicada cuando hay compromiso de esfínter ¹ .
La cirugía laparoscópica de cáncer de colon se recomienda como una alternativa a la colectomía abierta.
La resección local es apropiada sólo en lesiones que comprometan hasta la submucosa (T1), demostrado por métodos diagnósticos con sensibilidad adecuada ¹ .
Para lesiones oclusivas o perforadas de colon derecho o transversal basta con resección oncológica y anastomosis primaria.
No se recomienda la ooforectomía profiláctica.
No se recomienda en general la administración de terapia adyuvante para pacientes en etapa II de cáncer de colon.
En los pacientes con cáncer de colon resecado en etapa III, se recomienda terapia adyuvante con fluoruracilo (EV o capecitabina)-leucovorina-oxaliplatino.
La selección del esquema específico debe considerar los potenciales efectos adversos de cada uno de ellos.
En los pacientes con cáncer de recto resecado en etapas II y III, se recomienda radioquimioterapia preoperatoria seguida de quimioterapia adyuvante.
Se debe realizar seguimiento de por vida a los pacientes con cirugía por cáncer colorrectal por el alto riesgo de desarrollar un cáncer metacrónico o una recurrencia.

¹ Se hace precisiones de redacción acordadas con el panel de expertos asistentes a la reunión de formulación de preguntas clínicas.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Cáncer Colorrectal en personas de 15 años y más del año 2013.

Recomendaciones	Nivel de certeza	Resultado de la evaluación metodológica ¹
El consumo de frutas y verduras, el ejercicio diario y no fumar, disminuyen el riesgo de cáncer colorrectal (CCR). Este aspecto es relevante en la prevención primaria del CCR.	B	Formulación inadecuada
En personas de 50 años y más con: - Anemia crónica sin causa aparente - Rectorragia o hematoquezia - Cambio en el hábito intestinal. - Rectorragia sin síntomas anales. - Masa abdominal palpable. - Masa rectal palpable. - Obstrucción intestinal baja. Se debe sospechar CCR y efectuar colonoscopia con biopsia.	B	Formulación inadecuada
La TC preoperatoria debe ser utilizada para la detección de metástasis hepáticas.	B	Formulación adecuada
En los pacientes con indicación quirúrgica se recomienda: Para los tumores de colon resecables, el procedimiento de elección es la colectomía del segmento afectado con resección en bloc de los linfonodos que lo drenan.	C	Formulación adecuada
Las lesiones que invaden otros órganos se deben reseccionar en bloc.	C	Formulación adecuada
Para lesiones de colon izquierdo es segura una resección segmentaria.	B	Formulación adecuada
Se recomienda 2 cm de margen distal, y 1 cm con histología normal en recto inferior.	C	Formulación adecuada
En cáncer de recto distal se debe realizar la escisión total de mesorrecto.	B	Formulación adecuada
Los tumores de recto con órganos adyacentes comprometidos deben ser tratados con resección en bloc.	B	Formulación adecuada
La resección abdominoperineal sólo está indicada cuando hay compromiso de esfínter.	C	Formulación adecuada
La cirugía laparoscópica de cáncer de colon se recomienda como una alternativa a la colectomía abierta.	A	Formulación adecuada
La resección local es apropiada sólo en lesiones que comprometan hasta la submucosa (T1), demostrado por métodos diagnósticos con sensibilidad adecuada.	B	Formulación adecuada
Para lesiones oclusivas o perforadas de colon derecho o transversal basta con resección oncológica y anastomosis primaria.	B	Formulación adecuada
No se recomienda la ooforectomía profiláctica.	B	Formulación adecuada

4

Continúa

Recomendaciones	Nivel de certeza	Resultado de la evaluación metodológica ¹
Derivar a enfermera capacitada/especialista/estomaterapeuta en casos indicados.	B	Formulación inadecuada
Profilaxis de trombosis venosa y antibiótica.	A	Formulación inadecuada
El tratamiento de QT con drogas antineoplásicas (DA) debe efectuarse en centros acreditados para tal efecto.	C	Formulación inadecuada
No se recomienda en general la administración de terapia adyuvante para pacientes en etapa II de cáncer de colon.	A	Formulación adecuada
En los pacientes con cáncer de colon resecado en etapa III, se recomienda terapia adyuvante con fluoruracilo (EV o capecitabina)-leucovorina-oxaliplatino.	A	Formulación adecuada
La selección del esquema específico debe considerar los potenciales efectos adversos de cada uno de ellos.	C	Formulación adecuada
En los pacientes con cáncer de recto resecado en etapas II y III, se recomienda radioquimioterapia preoperatoria seguida de quimioterapia adyuvante.	A	Formulación adecuada
Se debe realizar seguimiento de por vida a los pacientes con cirugía por cáncer colorrectal por el alto riesgo de desarrollar un cáncer metacrónico o una recurrencia.	B	Formulación adecuada

¹ **Formulación adecuada:** la formulación recomendaciones está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica Guía de Práctica Clínica Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más del año 2013.

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
La TC preoperatoria debe ser utilizada para la detección de metástasis hepáticas.	Vigente
En los pacientes con indicación quirúrgica se recomienda: Para los tumores de colon resecables, el procedimiento de elección es la colectomía del segmento afectado con resección en bloc de los linfonodos que lo drenan.	Vigente
Las lesiones que invaden otros órganos se deben resecar en bloc.	Vigente
Para lesiones de colon izquierdo es segura una resección segmentaria.	Vigente
Se recomienda 2 cm de margen distal, y 1 cm con histología normal en recto inferior.	Vigente
En cáncer de recto distal se debe realizar la escisión total de mesorrecto.	Vigente
Los tumores de recto con órganos adyacentes comprometidos deben ser tratados con resección en bloc.	Vigente
La resección abdominoperineal sólo está indicada cuando hay compromiso de esfínter.	Vigente
La cirugía laparoscópica de cáncer de colon se recomienda como una alternativa a la colectomía abierta.	Vigente
La resección local es apropiada sólo en lesiones que comprometan hasta la submucosa (T1), demostrado por métodos diagnósticos con sensibilidad adecuada.	Vigente
Para lesiones oclusivas o perforadas de colon derecho o transversal basta con resección oncológica y anastomosis primaria.	Vigente
No se recomienda la ooforectomía profiláctica.	Vigente
No se recomienda en general la administración de terapia adyuvante para pacientes en etapa II de cáncer de colon.	Vigente
En los pacientes con cáncer de colon resecado en etapa III, se recomienda terapia adyuvante con fluoruracilo (EV o capecitabina)-leucovorina-oxaliplatino.	Vigente
La selección del esquema específico debe considerar los potenciales efectos adversos de cada uno de ellos.	Vigente
En los pacientes con cáncer de recto resecado en etapas II y III, se recomienda radioquimioterapia preoperatoria seguida de quimioterapia adyuvante.	Vigente

Continúa

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
Se debe realizar seguimiento de por vida a los pacientes con cirugía por cáncer colorrectal por el alto riesgo de desarrollar un cáncer metacrónico o una recurrencia.	Vigente

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológica (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso). / **No vigente:** La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).

Miembros del equipo elaborador que evaluaron la vigencia clínica de la GPC:

Nombre	Profesión	Instituciones
Alejandra Barahona Miranda	Químico Farmacéutico	Hospital del Salvador.
Alonso Puga Yung	Bioquímico	Hospital Doctor Eduardo Schütz Puerto Montt.
Andrea Tello Martínez	Enfermera	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
Carla Morong Campillo	Médico Anatomopatólogo	Servicio de Salud Metropolitano central - Hospital Clínico San Borja Arriarán.
Daniel Soto Castillo	Médico Cirujano Colorectal	Hospital de Carabineros.
Francisco Garrido Cisterna	Médico Radiólogo	Pontificia Universidad Católica de Chile.
Isidora Prado Uriarte	Médico	Ministerio de Salud. División de Atención Primaria.
Javiera Torres Montes	Médico Anatomopatólogo	Sociedad Chilena de Anatomía Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Loreto Fernández González	Matrona	Fondo Nacional de Salud.
Paola Aguilera Ibaceta	Enfermera Matrona	Fundacion Instituto Nacional de Heridas. Hospital Clinico UC-Christus
Ximena Meneses Corral	Químico Farmacéutico	Hospital del Salvador.