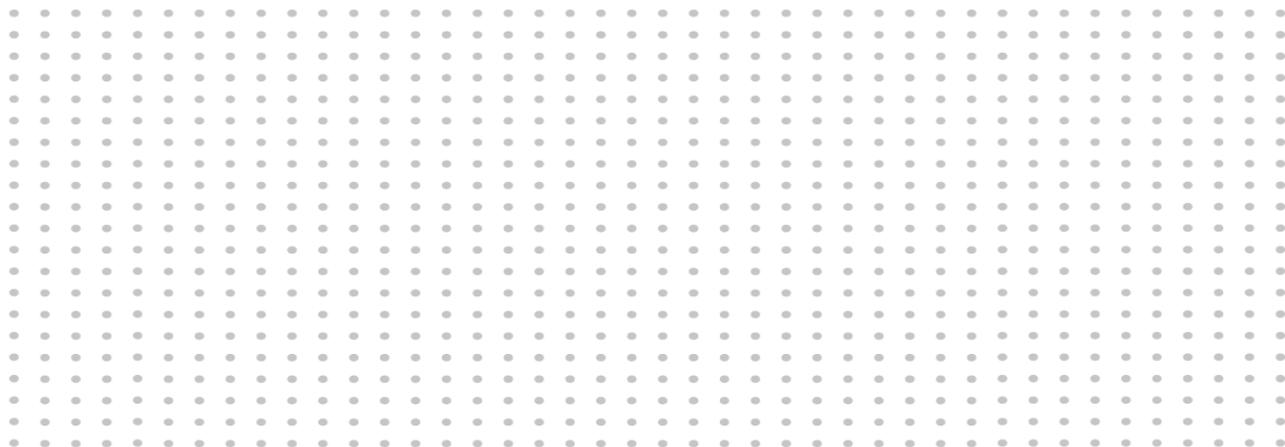


Resumen Ejecutivo
Guía de Práctica Clínica
Cáncer Colorrectal en personas de 15 años y más
Aprobada por Resolución Exenta N°630 de fecha 3 junio 2025



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer Colorrectal en Personas de 15 Años y Más

<https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA Cáncer colorrectal en Personas de 15 Años y Más

Con esta nueva versión se deja sin efecto la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Cáncer Colorrectal en Personas de 15 Años y Más, año 2018”

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2024

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	3
1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD.....	7
2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	10
3. MÉTODOS	10
3. ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES.....	12
4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	13
5. EQUIPO ELABORADOR	15
6. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA.....	18
7. REFERENCIAS	18

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
RECOMENDACIONES: DIAGNÓSTICO		
<p>1. En personas con diagnóstico de cáncer de recto medio e inferior en proceso de etapificación local, el Ministerio de Salud sugiere realizar resonancia magnética de pelvis por sobre tomografía computarizada de pelvis.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que la resonancia magnética de pelvis en comparación con la tomografía computarizada de pelvis es probablemente más precisa en distintos escenarios pre test en identificar la etapa del cáncer en personas con diagnóstico de cáncer colorrectal.</p> <p>Respecto a los factores contextuales, el uso de resonancia magnética en personas con diagnóstico de cáncer de recto medio e inferior implica un costo despreciable para el pagador. No se identificó evidencia de costo-efectividad a nivel nacional. La resonancia magnética de pelvis es una herramienta de diagnóstico aceptable y probablemente factible de implementar.</p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
RECOMENDACIONES: TRATAMIENTO		
<p>2. En personas con diagnóstico de cáncer de colon reseado en etapa III, el Ministerio de Salud sugiere realizar quimioterapia adyuvante de 3 meses por sobre quimioterapia adyuvante de 6 meses.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que el uso de quimioterapia adyuvante por 3 meses en comparación con 6 meses podría generar un beneficio neto pequeño. Los efectos adversos más frecuentes fueron neuropatía, diarrea, náuseas y neutropenia.</p> <p>Respecto a los factores contextuales, el uso de quimioterapia durante 3 meses en personas con diagnóstico de cáncer de colon reseado en etapa III, implica un ahorro extenso de recursos para el pagador. No se identificó evidencia de costo-efectividad a nivel nacional. El uso de quimioterapia adyuvante por 3 meses es una intervención probablemente aceptable y factible de implementar</p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>3. En pacientes con cáncer colorrectal en etapa IV sin tratamiento previo y con mutación Rat sarcoma virus (RAS), el Ministerio de Salud sugiere el uso de bevacizumab más quimioterapia por sobre solo quimioterapia.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p>El panel consideró que el uso de bevacizumab más quimioterapia en comparación con quimioterapia, podría generar un beneficio neto pequeño. Los efectos adversos serios más frecuentes fueron: diarrea, neutropenia e hipertensión.</p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 

<p><i>Respecto a los factores contextuales, el uso de bevacizumab más quimioterapia en personas con cáncer colorrectal implica un uso de recursos importante para el pagador. No se identificó evidencia de costo-efectividad a nivel nacional. Bevacizumab es una intervención probablemente aceptable y factible de implementar.</i></p>		
<p>4. En personas con cáncer colorrectal en etapa IV sin tratamiento previo y sin mutación RAS, el Ministerio de Salud sugiere el uso de anticuerpos monoclonales anti-EGFR (anticuerpos monoclonales dirigidos al receptor del factor de crecimiento epidérmico) más quimioterapia por sobre solo quimioterapia.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p><i>El panel consideró que el uso de anticuerpos monoclonales anti-EGFR más quimioterapia en comparación con sólo quimioterapia podría generar un beneficio neto pequeño. Los efectos adversos serios más frecuentes fueron: neutropenia y diarrea.</i></p> <p><i>Respecto a los factores contextuales, el uso de anticuerpos monoclonales anti-EGFR más quimioterapia en personas con cáncer colorrectal en etapa IV sin tratamiento previo, implica un uso de recursos importante para el pagador. No se identificó evidencia de costo-efectividad a nivel nacional. Los anticuerpos monoclonales anti-EGFR más quimioterapia es una intervención probablemente aceptable y factible de implementar.</i></p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>5. En personas con diagnóstico de cáncer de colon en etapa II operado y con factores de riesgo de recurrencia, el Ministerio de Salud sugiere usar quimioterapia adyuvante por sobre no usar.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p><i>El panel consideró que el uso de quimioterapia adyuvante en comparación a no usar podría generar un beneficio neto pequeño. Los efectos adversos serios más frecuentes fueron: toxicidad hematológica, toxicidad hepática y fuga anastomótica o dehiscencia.</i></p> <p><i>Respecto a los factores contextuales, el uso de quimioterapia adyuvante en personas con cáncer de colon en etapa II implica un uso de recursos moderados para el pagador. No se identificó evidencia de costo-efectividad a nivel nacional. La quimioterapia adyuvante es una intervención probablemente aceptable y probablemente factible de implementar.</i></p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>6. En personas con cáncer colorrectal en etapa IV con inestabilidad microsatélite, el Ministerio de Salud sugiere el uso de anticuerpos anti-PD1 (Inhibidor de puntos de control inmunitario) (pembrolizumab o nivolumab) en comparación a usar sólo quimioterapia FOLFOX.</p> <p><i>Justificación</i></p> <p><i>El panel consideró que existe un beneficio neto importante en el uso de anticuerpos anti PD1 (pembrolizumab o nivolumab) por sobre el uso de quimioterapia. Los eventos adversos más frecuentes descritos en el cuerpo de evidencia fueron dolor abdominal, colitis, diarrea y pirexia.</i></p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 

<p><i>Respecto a los factores contextuales, el uso de anticuerpos anti PD1 (pembrolizumab o nivolumab) implica costos extensos para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de anticuerpos anti PD1 (pembrolizumab o nivolumab) es una intervención que probablemente es aceptable por las partes interesada y probablemente es viable de implementar.</i></p>		
<p>7. En personas con cáncer de recto (medio e inferior) localmente avanzado (t2 a t4 N+, no metastásico) el Ministerio de Salud sugiere usar neoadyuvancia con radioterapia hipofraccionada por sobre usar neoadyuvancia con radioterapia normofraccionada.</p> <p><i>Justificación</i> <i>El panel consideró que existe un beneficio neto moderado en el uso de neoadyuvancia con radioterapia hipofraccionada por sobre el uso de neoadyuvancia con radioterapia normofraccionada. Los eventos adversos más frecuentes descritos en el cuerpo de evidencia fueron leucopenia, trombocitopenia, anemia y neutropenia.</i> <i>Respecto a los factores contextuales, el uso de adyuvancia con radioterapia hipofraccionada implica costos moderados para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de adyuvancia con radioterapia hipofraccionada es una intervención que probablemente es aceptable por las partes interesada y probablemente es viable de implementar.</i></p>	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> 
<p>8. En personas con cáncer colorrectal etapa IV oligometastásico con indicación de radioterapia, el Ministerio de Salud sugiere usar radiocirugía (SBRT) + terapia sistémica por sobre usar solo terapia sistémica.</p> <p><i>Justificación</i> <i>El panel consideró que existe un beneficio moderado neto en el uso de radiocirugía (SBRT) más terapia sistémica por sobre el uso de terapia sistémica. Los eventos adversos más frecuentes descritos en el cuerpo de evidencia fueron fatiga, disnea, dolor muscular y óseo, neumonitis por radiación y absceso pulmonar.</i> <i>Respecto a los factores contextuales, el uso de radiocirugía (SBRT) más terapia sistémica implica costos extensos para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de radiocirugía (SBRT) más terapia sistémica es una intervención que probablemente es aceptable por las partes interesada y probablemente es viable de implementar.</i></p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 
<p>9. En personas con cáncer colorrectal etapa IV con carcinomatosis peritoneal (como manifestación única), el Ministerio de salud sugiere realizar citorreducción más quimioterapia hipertérmica por sobre usar quimioterapia paliativa solamente.</p> <p><i>Justificación</i> <i>El panel consideró que existe un beneficio neto pequeño en el uso de la citorreducción más quimioterapia hipertérmica por sobre el uso de quimioterapia paliativa. Los eventos adversos más frecuentes descritos en el cuerpo de evidencia fueron leucopenia, fístula gastrointestinal, hemorragia e insuficiencia cardíaca.</i></p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 

<i>Respecto a los factores contextuales, el uso de la citorreducción más quimioterapia hipertérmica implica costos extensos para el Sistema Público de Salud. El panel consideró que el uso de citorreducción más quimioterapia es una intervención que probablemente es aceptable por las partes interesada y probablemente es viable de implementar.</i>		
--	--	--

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2023 -2024 utilizando metodología GRADE

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen una herramienta esencial en el ámbito de la atención médica al ofrecer recomendaciones fundamentadas en una minuciosa revisión sistemática de la evidencia científica disponible, por lo que se encuentran respaldadas por una evaluación ponderada de los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas alternativas, jugando un papel crucial para proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicamente informadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las GPC no se encuentran ligadas intrínsecamente a un régimen de garantías específicas ni a los mecanismos de coberturas financieras determinadas en las leyes y reglamentos de nuestro país, por lo que únicamente se centran en optimizar la atención de salud a nivel individual y colectivo según corresponda.

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

El cáncer colorrectal (CCR) corresponde a un tumor maligno que se origina en la pared del intestino grueso(1). Existen 3 tipos de CCR: esporádico, hereditario y secundario a enfermedades inflamatorias intestinales. El desarrollo del CCR requiere de varios años, iniciándose con un pólipo de la mucosa intestinal que generalmente requiere entre 10 y 15 años para su potencial transformación a una neoplasia(1).

Existen 2 tipos de pólipos(2):

- a) Los pólipos adenomatosos o neoplásicos: se clasifican histológicamente en adenomas tubulares, adenomas tubulovelloso (pólipos velloglandulares) o adenomas vellosos. Los adenomas serrados, asociados a mayor agresividad, pueden evolucionar a partir de pólipos hiperplásicos.
- b) Los pólipos no adenomatosos (no neoplásicos): son pólipos hiperplásicos, hamartomas (Síndrome de Peutz-Jeghers), pólipos juveniles, pseudopólipos, lipomas, leiomiomas y otros tumores menos frecuentes. Los pólipos inflamatorios y los pseudopólipos pueden aparecer en las enfermedades inflamatorias intestinales como la Colitis Ulcerosa crónica y la Enfermedad de Crohn.

Vías principales de carcinogénesis colorrectal(3,4):

- Vía de la inestabilidad cromosómica o vía supresora (3,4). Es la vía más común y representa el 85% de los CCR esporádicos. Se inicia por mutaciones somáticas en el gen APC (gen supresor de tumores).
- Vías de la inestabilidad de microsatélites (MSI): representa el 15% de los casos de CCR esporádico y se asocia también en el síndrome de Lynch. Esta vía es más frecuente en el colon proximal y se caracteriza por la presencia de un fenotipo metilador en regiones microsatélites, acompañado de Inestabilidad cromosómica (3,4).

Presentación clínica

Las manifestaciones locales de los pacientes con CCR pueden ser con síntomas tales como hematoquecia, melena, dolor abdominal entre otros. De acuerdo a la literatura, se describen las siguientes presentaciones(5,6):

- Cambio en el hábito intestinal es uno de los síntomas más frecuentes que se presentan en alrededor del 74% de las personas.
- Sangramiento rectal asociado a cambio en el hábito intestinal, es la combinación de síntomas más frecuente, alcanzando el 51% de las personas que tienen diagnóstico de CCR.
- Presencia de masa rectal (24,5%) o de masa abdominal (12,5%)
- Anemia ferropriva (9,6%).

Clasificación

Para la etapificación del CCR, se recomienda usar el sistema TNM (tumor, nódulos linfáticos, metástasis) de la American Joint Committee on Cancer (AJCC)(7).

Factores de riesgo del CCR (1,8,9):

a. Edad: Es el factor que más influye respecto a cualquier otro factor demográfico, puesto que la mayor incidencia ocurre entre los 65 y 80 años.

b. Alimentación y estilos de vida:

- El consumo de carnes procesadas (Ej: embutidos) es considerado como Grupo 1 carcinogénico para humanos para CCR.
- El consumo de carnes rojas está considerado como Grupo 2A, probablemente carcinogénico para CCR.
- El consumo de alcohol, el tabaco, la obesidad, el bajo consumo de frutas y verduras y la inactividad física se asocian con el aumento del riesgo de CCR.
- Una elevada ingesta de fibra en la dieta alimenticia, el consumo de lácteos, la ingesta de granos integrales y la actividad física son factores protectores para el CCR.

c. Factores genéticos: Alrededor del 80% de los cánceres colorrectales son de tipo esporádico, mientras que el 15% aparece un componente familiar (familiares de primer y/o segundo grado afectados de CCR). Solo el 5% restante presenta una predisposición hereditaria con patrón mendeliano, cuyo detalle se menciona a continuación:

- Antecedentes familiares: tener dos o más parientes de primer grado afectados por CCR triplica el riesgo respecto de aquellos que no los tienen.
- Síndrome de Lynch o CCR hereditario no polipósico (el 5% de los CCR): es el síndrome hereditario de predisposición al CCR más frecuente y sigue un patrón de herencia autosómico dominante. Está causado por alteraciones germinales en los genes de reparación del ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2). Una de las principales características es la edad temprana de aparición (menores de 45 años).
- Poliposis adenomatosa familiar (el 0,5% de los CCR): sigue un patrón de herencia autosómico dominante, originados por mutaciones en el gen APC. Se caracteriza por la presencia de más de 100 pólipos en el colon y el recto.

d. Enfermedades inflamatorias intestinales: la presencia de Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa son enfermedades que aumentan el riesgo de desarrollar CCR.

Epidemiología del CCR en Chile

De acuerdo a datos publicados en GLOBOCAN para el año 2022(10), el CCR tiene una tasa ajustada de incidencia (TAI) de 20,3/100.000habs siendo el tercer cáncer con mayor incidencia en ambos sexos, después de cáncer de próstata (TAI 62,3/100.000) y de cáncer de mama (TAI 38,2/100.000habs), lo que se traduce en un total de 6.778 casos nuevos en ese año. En la tabla 1 se expone la TAI y los casos nuevos diferenciados por sexo.

Tabla 1. Tasa ajustada de incidencia y casos nuevos (n), diferenciadas por sexo a nivel país en el año 2022.

Indicador	Sexo masculino	Sexo femenino
TAI (x 100.000habs)	22,6	18,3
Casos nuevos (n)	3.351	3.427

TAI: Tasa ajustada de incidencia. Fuente: GLOBOCAN 2022.

Respecto a la mortalidad, el CCR presenta una tasa ajustada de mortalidad (TAM) de 9, 2/100.000habs. lo que se traduce en 3.330 defunciones en el año 2022.

El Informe de Mortalidad por Cáncer para el periodo 2009-2020(11) publicado en el año 2023 describe la mortalidad por CCR a nivel de regiones. Esto se resume en la tabla 2.

Tabla 2. Tasas Ajustadas de Mortalidad por CCR, por regiones, en el periodo 2009-2020, ordenadas de mayor a menor.

Región	TAM
Aysén	8,7
Magallanes y Antártica Chilena	8,1
Antofagasta	8,0
Valparaíso	7,7
Lib. B. O'Higgins	7,6
Los Lagos	7,5
Biobío	7,4
Metropolitana	7,3
Coquimbo	7,2
La Araucanía	7,2
Ñuble	7,2
Tarapacá	7,1
Arica y Parinacota	6,9
Los Ríos	6,9
Maule	6,7
Atacama	6,0
País	6,8

TAM: tasas ajustadas de mortalidad por 100.000habs. Fuente: Informe de Mortalidad por Cáncer periodo 2009-2020. Departamento de Epidemiología. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL

Generar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para el manejo clínico del cáncer colorrectal en personas de 15 años y más.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Entregar recomendaciones para el tratamiento clínico de personas de 15 años y más con cáncer colorrectal.

TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO

Personas de 15 años y más con diagnóstico cáncer colorrectal tanto en el sector público como privado de salud.

USUARIOS DE LA GUÍA

Equipos clínicos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: responsables temáticos, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, representante de asociaciones de pacientes, representante de la Comisión nacional del Cáncer, Instituto de Salud Pública, Central de abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por los coordinadores metodológicos en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR); PubMed; EMBASE desde su fecha de inicio hasta el año 2024. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores y preferencias de las personas.

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En un primer paso se actualizaron 5 recomendaciones de la GPC 2018 mediante una búsqueda de evidencia científica. A continuación, el equipo elaborador de la guía formuló 10 preguntas nuevas definiendo claramente la población, intervención y comparación, utilizando el software GRADEpro GDT. Tras una revisión y eliminación de preguntas duplicadas, se priorizaron 4 preguntas. Finalmente, para la actualización de esta Guía de Práctica Clínica se elaboraron 9 preguntas clínicas.

Guía de Práctica Clínica Cáncer Colorrectal en personas mayores de 15 años

Preguntas clínicas priorizadas por el panel
¿En personas con diagnóstico de cáncer de colon resecaado en etapa III se debe usar quimioterapia adyuvante por 3 meses comparado con quimioterapia adyuvante por 6 meses?
¿En personas con diagnóstico de cáncer colorrectal en etapa IV, sin tratamiento previo con mutación RAS se debe usar quimioterapia más bevacizumab comparado con sólo quimioterapia?
¿En personas con diagnóstico de cáncer colorrectal en etapa IV, sin tratamiento previo y sin mutación RAS, se debe usar quimioterapia más anticuerpos monoclonales anti-EGFR (anticuerpos monoclonales dirigidos al receptor del factor de crecimiento epidérmico anti) comparado con sólo quimioterapia?
¿En personas con diagnóstico de cáncer de recto medio debería usarse resonancia magnética de pelvis versus tomografía computarizada para el proceso de etapificación local?
¿En personas con diagnóstico de cáncer de colon en etapa II operado y con factores de riesgo de recurrencia se debe usar quimioterapia adyuvante comparado con no realizar?
¿En personas con cáncer colorrectal etapa IV con inestabilidad microsatélite se debe usar pembrolizumab o nivolumab comparado con quimioterapia FOLFOX?

¿En personas con cáncer de recto (medio en inferior) localmente avanzado (t2 a t4 N+, no metastásico) se debe usar neoadyuvancia (quimioterapia) total con radioterapia acortada (hipofraccionada) comparado con usar neoadyuvancia (quimioterapia) con radioterapia normofraccionada?

¿En personas con cáncer colorrectal etapa IV oligometastásico con indicación de radioterapia, se debe usar radiocirugía (SBRT) más terapia sistémica (quimioterapia FOLFOX) comparado con terapia sistémica (quimioterapia FOLFOX)?

¿En personas con cáncer colorrectal etapa IV con carcinomatosis peritoneal (como manifestación única) se debe usar quimioterapia hipertérmica más citorreducción comparado con quimioterapia sistémica paliativa (quimioterapia FOLFOX, inmunoterapia)?

En el proceso de elaboración de recomendaciones, para una mejor comprensión o delimitación de la incertidumbre, se precisaron algunas preguntas por consenso del panel.

3. ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo con el sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (5). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Impacto presupuestario de la intervención versus comparación cuando fue necesario.

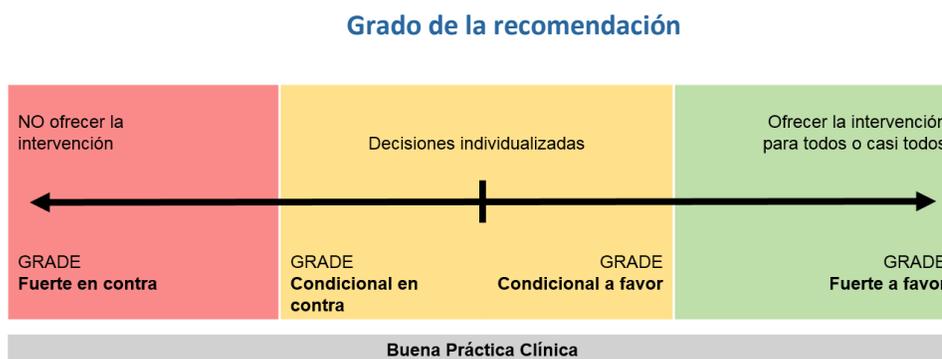
Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación y el uso de recursos.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Cáncer Colorrectal en Personas de 15 Años y Más](#)

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Tenemos alta confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Moderada ⊕⊕⊕○	Tenemos una confianza moderada en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Baja ⊕⊕○○	Tenemos poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Muy baja ⊕○○○	Tenemos muy poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral. Existe considerable incertidumbre respecto al efecto de la intervención

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

COORDINACIÓN CLÍNICA

- Felipe Andrés Imigo Gueregat. Médico Cirujano, Especialista en Cirugía y Coloproctología. Hospital de Puerto Montt.
- Pablo Andrés García Herrera. Médico cirujano, especialista en oncología médica. Hospital Regional de Copiapó.

COORDINACIÓN TEMÁTICA

- Carolina Zárate Garrido. Profesional Departamento Agencia Nacional de Prevención y Control del Cáncer. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Francisca Plaza Parrochia. Profesional Departamento Agencia Nacional de Prevención y Control del Cáncer. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

COORDINADORA METODOLÓGICA

- Patricia Kraemer Gómez. Profesional Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

APOYO METODOLÓGICO

- Pamela Burdiles Fraile. Profesional Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

PANEL DE EXPERTOS

Alejandro Zárate Castillo	Médico Cirujano, Especialista en Cirugía y Coloproctología. Hospital de Maipú. Clínica Las Condes.
Mónica Jeria Castro	Químico farmacéutico. Hospital Clínico Universidad de Chile.
Laura García Fernández	Químico farmacéutico. Representante Sociedad Chilena de Farmacia Oncológica.
Daniela Vásquez Mera	Químico farmacéutico. Representante Instituto de Salud Pública de Chile.
Verónica Medina Urrutia	Enfermera. Representante Fondo Nacional de Salud.
Hernán Letelier Flores	Médico Cirujano, Especialista en Radioterapia. Hospital Base Valdivia. Representante Sociedad Chilena de Radioterapia.
Sandra Rojas Rivas	Químico farmacéutico. Representante Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
Patricia Guzmán Falcón	Médico cirujano especialista en imagenología. Hospital San Juan de Dios. Representante Sociedad Chilena de Radiología.
Juan Pablo Miranda Olivares	Médico Cirujano, Especialista en Oncología Médica. Instituto Nacional del Cáncer.
Francisco José Izquierdo Martínez	Médico cirujano, especialista en cirugía digestiva. Hospital de Puerto Montt.
Marcelo Veloso Olivares	Médico Cirujano, especialista en Cirugía. Representante de la Comisión Nacional de Cáncer.
Marlene Valenzuela Valdenegro	Enfermera. Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas. División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud.
Marco Rubilar	Unidad de Evaluaciones Económicas. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Samuel Riffo Luengo	Enfermero. Servicio de Salud Concepción. Representante de Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Jorge Fernández Sarpi	Ingeniero. Fundación Vi-da. Representante asociaciones de pacientes.
Raúl Contreras Peña	Técnico. Fundación Sumemos Salud. Representante asociaciones de pacientes.

RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Fundación Epistemonikos ¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones.
Patricia Kraemer ² Pamela Burdiles ²	Búsqueda y revisión de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones, como contraparte de Ministerio de Salud.
Marco Rubilar ²	Informes sobre evaluaciones económicas de las intervenciones. Depto. Evaluación de tecnologías sanitarias y salud basada en evidencia. Ministerio de Salud

¹ La búsqueda de evidencia fue externalizada por el Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

Miguel Contreras Torrejón Ingeniero en Informática. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Todo integrante del equipo elaborador declaró no tener potenciales conflictos de interés.

6. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA

El desarrollo de esta guía de práctica clínica fue financiado íntegramente por el Ministerio de Salud.

7. REFERENCIAS

1. Hossain MS, Karuniawati H, Jairoun AA, Urbi Z, Ooi DJ, John A, et al. Colorectal Cancer: A Review of Carcinogenesis, Global Epidemiology, Current Challenges, Risk Factors, Preventive and Treatment Strategies. *Cancers*. enero de 2022;14(7):1732.
2. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 3 de octubre de 2024]. Pólipos del colon y el recto - Trastornos gastrointestinales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/tumores-del-aparato-digestivo/pólipos-del-colon-y-el-recto>
3. Cruz Hernández JJ y colaboradores. *Oncología Clínica*. 6ta ed. 2017.
4. Sanabria MC, Umaña A, Serrano ML, Sánchez M, Mesa J, Hernández GA. Vías de carcinogénesis colorrectal y sus implicaciones clínicas. *Rev Colomb Cancerol*. 2012;16(3):170-81.
5. Speights VO, Johnson MW, Stoltenberg PH, Rappaport ES, Helbert B, Riggs M. Colorectal cancer: current trends in initial clinical manifestations. *South Med J*. mayo de 1991;84(5):575-8.
6. Thompson MR, O'Leary DP, Flashman K, Asimwe A, Ellis BG, Senapati A. Clinical assessment to determine the risk of bowel cancer using Symptoms, Age, Mass and Iron deficiency anaemia (SAMI). *Br J Surg*. septiembre de 2017;104(10):1393-404.
7. American Joint Committee on Cancer. *AJCC cancer staging manual*. Eighth edition, corrected at 3rd printing. Amin MB, Greene FL, Edge SB, editores. Chicago, IL: AJCC, American Joint Committee on Cancer; 2017. 1032 p.
8. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 3 de octubre de 2024]. Cáncer colorrectal - Trastornos gastrointestinales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/tumores-del-aparato-digestivo/cáncer-colorrectal>
9. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *The Lancet*. 19 de octubre de 2019;394(10207):1467-80.
10. Cancer Today [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/>
11. Departamento de Epidemiología. Informe Mortalidad por Cáncer en Chile Periodo 2009- 2020.pdf. Ministerio de Salud; 2023 nov.