

# Modelo de abordaje de Cáncer Colorrectal en el marco de implementación de líneas de cuidado

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

## Introducción

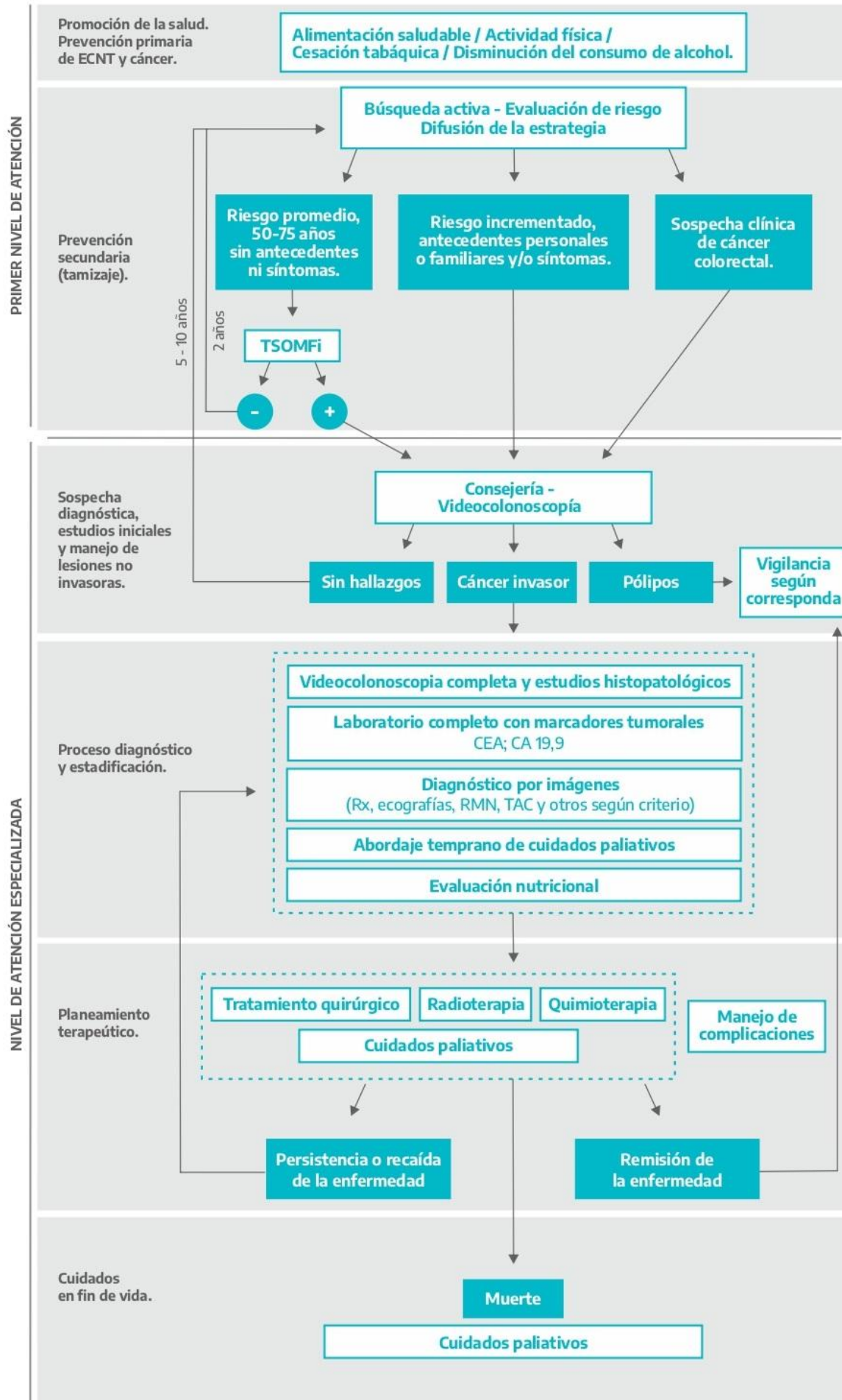
El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha desarrollado estrategias para garantizar el acceso y la continuidad de cuidados en problemáticas complejas que requieren de articulaciones entre los efectores de salud para la conformación de *redes*. Entre estas estrategias desarrolladas, se encuentran las denominadas *líneas de cuidado*. Las mismas definen, basadas en la mejor evidencia disponible, los servicios necesarios para intervenir, acompañado de los flujos de atención de los usuarios. Estas trayectorias deben ser previamente definidas y acordadas entre efectores a fin de garantizar recorridos sin barreras de acceso.

La implementación de líneas de cuidado, tiene el objetivo de garantizar que estas trayectorias definidas en el primer nivel, sean efectivamente realizadas por medio, tanto de turnos protegidos hacia otros niveles de atención como de una central de acceso a especialidades y estudios en otros efectores. El desarrollo e implementación de la Historia de Salud Integral (HSI) en el marco del plan de Salud Digital habilita una herramienta fundamental para el desarrollo de estas iniciativas, con este objetivo se creó un módulo de referencia-contrarreferencia dentro de la HSI. Por otro lado, los Centros de Telemedicina y Cuidados (CeTeC) se configuran en este proyecto como centrales de regulación que posibilitan orientar a las personas a los servicios requeridos de manera eficaz y amorosa.

Este proyecto contribuye a fortalecer un eje estratégico del actual Gobierno en Salud de la Provincia relativo a la garantía de acceso y equidad de la población residente en la provincia de Buenos Aires.

La construcción de este proyecto demanda de metodologías participativas y de consenso para que se pueda implementar con el apoyo e involucramiento de todos los actores que serán parte de ella. Se propone la implementación de la línea de cuidado de cáncer colorrectal (CCR), diabetes e hipertensión en el municipio de Ensenada. El presente documento resume el modelo de atención propuesto en la línea de cáncer colorrectal.

# Flujograma cáncer colorrectal



## Validación por sociedades e Instituciones participantes

- Instituto Nacional del Cáncer - Programa Nacional de prevención y detección temprana del CCR
- Sociedad Argentina de Medicina
- Sociedad Argentina de Coloproctología
- Sociedad de Gastroenterología de la Provincia de Buenos Aires

### 1. Promoción de la salud - Prevención primaria de ECNT y cáncer

Las acciones tendientes a reducir el riesgo de cáncer colorrectal (CCR) están vinculadas a medidas generales ampliamente difundidas para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer. Estas medidas deben ser abordadas desde la estrategia de promoción de la salud a nivel poblacional.

Particularmente para la prevención de CCR se incluye:

Consumo de una dieta rica en fibras (vegetales y frutas) y productos con calcio  
Disminución del consumo de carnes rojas, grasas animales y bebidas alcohólicas  
Realización de actividad física regularmente  
Evitar el consumo de tabaco.

### 2. Prevención secundaria - Tamizaje

La población objetivo del tamizaje de CCR son las personas de 50 a 75 años sin antecedentes personales o familiares de CCR o pólipos y sin sintomatología. Este grupo, representa el 70-80% de la población general y su único riesgo es pertenecer a un rango etario con mayor riesgo de desarrollar CCR. A esta población se le indica la realización de un test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico - **TSOMFi** -; ante una prueba de TSOMFi positiva se indica la realización de videocolonoscopia (VCC), ante un resultado negativo se invitará a repetir la prueba en 2 años. .

Esta población será convocada al tamizaje mediante búsqueda activa acompañada de la evaluación de riesgo,. En caso de hallar población con signosintomatología de CCR o antecedentes personales o familiares, será referenciada para evaluación especializada en nivel de atención especializado, para la eventual realización de VCC.

El TSOMFi es una prueba sencilla a partir de la toma de muestra sobre materia fecal en domicilio y su lectura posterior no requiere de un procedimiento en laboratorio, pudiendo realizarse en el primer nivel de atención o en escenarios comunitarios, con la debida capacitación del equipo de salud.

### 3. Sospecha diagnóstica, estudios iniciales y manejo de lesiones no invasoras

Los síntomas frecuentes de CCR son presencia de sangre en la materia fecal, alteración del ritmo evacuatorio, constipación, diarrea, dolores o distensión abdominal, síndrome anémico, pérdida de peso, patología orifial anal, infecciones perineales, estos últimos de aparición tardía relacionados a enfermedad avanzada. También puede ser un hallazgo en imágenes solicitadas por otros motivos. Las personas con esta sintomatología deben ser referidas a atención especializada para su evaluación.

La VCC es el método de elección para el estudio de personas con riesgo incrementado, en sintomáticas y/o en quienes presentan un TSOMFi positivo. El diagnóstico de certeza lo determinará la anatomía patológica del material de biopsia.

Por otro lado, la VCC puede ser terapéutica en prácticas como polipectomías endoscópicas, y mucosectomías, permitiendo no solo la certeza diagnóstica evaluando márgenes de seguridad oncológicos, sino la posibilidad de un tratamiento definitivo de la lesión precursora.

### 4. Diagnóstico y Estadificación

El diagnóstico de sospecha de CCR es clínico e imagenológico, con confirmación por medio de la biopsia endoscópica. La estadificación se realiza en el período pre-tratamiento y en la etapa post-tratamiento la re-estadificación se realiza con el objetivo de evaluar la respuesta al mismo y revisar el planeamiento terapéutico dependiendo de estos resultados.

Los estudios utilizados en la estadificación locorregional y a distancia incluyen:

- COLON: videocolonoscopia completa para descartar tumores sincrónicos en otra localización colónica; ó colon por enema ó colonoscopia virtual; laboratorio completo con marcadores tumorales- CEA; CA 19,9-, Rx o tomografía de tórax, ecografía abdominal o tomografía computada abdominopélvica . El resto de los estudios de estadificación quedan a criterio del equipo tratante.

- En el caso de ubicación RECTAL: Según el caso, se agregan estudios de continencia fecal, ecografía endorrectal 360G, resonancia magnética pelviana de alta resolución, tomografía computada, PET-TC, angioresonancia, etc.

Desde el momento del diagnóstico y en etapa de estadificación, se recomienda el abordaje temprano de Cuidados Paliativos, ver en el apartado siguiente. Así mismo, se requiere de una evaluación nutricional adecuada desde el inicio del proceso.

## 5. Planeamiento terapéutico

La elección del tratamiento depende de múltiples factores, como la ubicación del tumor, la estadificación preoperatoria, las enfermedades preexistentes y de la decisión conjunta consensuada con el paciente y su entorno.

Las opciones terapéuticas incluyen: tratamiento quirúrgico (independientemente de la vía de abordaje: convencional o laparoscópica con sus variantes), el tratamiento oncológico y el tratamiento radiante. En las últimas décadas, sobre todo se ha modificado el concepto del objetivo final del tratamiento que no solo busca una intención curativa sino además la optimización de los recursos para lograr control oncológico a distancia y reducción de la morbilidad considerando los resultados funcionales, y la mortalidad relacionada a las adversidades del tratamiento.

**COLON:** La cirugía es la principal opción terapéutica para el Cáncer de colon. Para aquellos pacientes pasibles de tratamiento con intención curativa el gold standard es la resección completa y reglada del tumor con márgenes de seguridad oncológicos que involucren órganos vecinos invadidos, en bloque; la vía de abordaje elegida (convencional o laparoscópica) no debe modificar la radicalidad de la resección.

En los casos de tratamiento con intención paliativa, la cirugía colónica debe realizarse para evitar la obstrucción de la luz y la pérdida de sangre y proteínas por el tumor. Los criterios de inoperabilidad se relacionan con la presencia de ascitis e irresecabilidad.

El tratamiento adyuvante con quimioterapia depende fundamentalmente del compromiso adenopático y estadificación de la pieza quirúrgica. El uso de radioterapia en cáncer de colon es poco frecuente.

**RECTO:** En el recto superior el tratamiento de elección sigue siendo el mismo que en colon. El recto medio e inferior presenta opciones terapéuticas que aún son motivo de controversias, debido a su alta tasa de recidiva con tratamiento quirúrgico aislado. La radioterapia preoperatoria de curso corto aumenta el control local y la supervivencia global en comparación con la cirugía sola. La quimioterapia puede realizarse como complemento o como neoadyuvancia en el caso de personas con tumores localmente irresecables. La radioterapia puede realizarse como complemento a la cirugía y como neoadyuvancia en el caso del cáncer de recto medio e inferior, en contexto de un tratamiento multimodal.

### Cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos no tienen por finalidad la cura, sino que son un planteamiento que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan una enfermedad amenazante para la vida, como el cáncer (OMS, 2013). El equipo de Cuidados Paliativos deberá detectar y atender los diversos síntomas que podrían presentar los pacientes con CCR entre ellos: dolor pre y post quirúrgico, **cuidados del ostoma** (educación paciente y familia), manejo de los efectos secundarios del tratamiento onco-específicos (anemia, astenia, pérdida del cabello, náuseas y vómitos, diarrea, mucositis, reacciones

cutáneas, rectitis, etc), efectos adversos habituales de los analgésicos opioides y adyuvantes entre otros.

El tránsito por una enfermedad amenazante para la vida y los síntomas mencionados pueden provocar repercusiones a nivel subjetivo en el paciente y su entorno significativo, afectando su imagen corporal suscitando cambios en la manera de socializar tanto en sus vínculos familiares como laborales, pudiendo desencadenar episodios de angustia, vivencias de soledad, malestar emocional entre otros síntomas que requieren abordaje del equipo de CCPP.

Para ofrecer un cuidado integral se requiere un equipo interdisciplinario que trabaje conjuntamente con el paciente, su familia y/o entorno significativo (Unidad de Tratamiento) contando con conocimientos y habilidades para identificar signos y síntomas, estrategias de comunicación, herramientas de acompañamiento espiritual, atención de las necesidades de apoyo, toma de decisiones entre otros.

## **6. Cuidados en fin de vida**

Se trata de un periodo de tiempo con un inicio, a veces insidioso y un final que es la propia muerte. También se utiliza el término situación de últimos días (SUD) porque incorpora la idea de proceso en el tiempo. Es una situación que identifican tanto el equipo, la familia y el propio paciente, en función de la evolución de una serie de parámetros de la enfermedad, de síntomas o signos que presenta el paciente o la falta de respuesta al tratamiento vital básico aplicado. La comunicación debe de mantenerse constante en la relación con el paciente y su entorno.

Los objetivos esenciales en esta situación son brindar confort, prevención de las crisis, control de síntomas y situaciones específicas y prevención del duelo patológico.

Transitar el final de vida en domicilio es una de las opciones posibles, para ello se tendrá en cuenta: los deseos del paciente, el apoyo familiar en términos de soporte y cuidados y si se dispone de asistencia del equipo de Cuidados Paliativos domiciliario que acompañen tales decisiones.

## Bibliografía

1. Baistrocchi Héctor relato oficial de la Sociedad Argentina de Coloproctología 2015: Videocolonoscopia diagnóstica y terapéutica. REV ARGENT COLOPROCT | 2015 |VOL. 26, No 3
2. Castillo-Salgado; Fernández G y col Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Organización Panamericana de la Salud, 2011 Segunda Edición Revisada
3. Davidson, Karina WPhD, MASc, Screening for Colorectal Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;325(19):1965-1977 doi:10.1001/jama.2021.6238. Corrected on August 24, 2021
4. Douglas K Rex et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2017Jul;112(7):1016-1030
5. Espinola Natalia, Maceira Daniel, Palacios Alfredo; Pruebas de tamizaje del cáncer colorrectal en la Argentina. Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46:8-17
6. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O Trab em Saúde olhando e Exp o SUS no Cotid. 2003;002:125-34
7. Gualdini U, Eva LL, Bidart ML. Guía para equipos de atención primaria de la salud : información para la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer, 2015.
8. Gualdrini, Ubaldo, RELATO ANUAL 2016: PESQUISA DEL CÁNCER COLORRECTAL, REV ARGENT COLOPROCT | 2016 | VOL. 27, Nº 1
9. Habr-Gama A, et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. Ann Surg 2004; 240(4):711-717
10. Hasdeu y col. - Costo-efectividad del rastreo de cáncer colorrectal en provincias argentinas seleccionadas. artículos originales Rev.Argent 2017.8(13-18)
11. Hassan C, Kaminski M, Repici A. Estrategias para mejorar adherencia al tamizaje en cáncer colorrectal Gastroenterology 155(2):252-257, Ago 2018
12. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D. American Cancer Society; Guideline for Colorectal Cancer Screening For people at average risk. cancer.org 2019| 1.800.227.2345
13. Karsa L.von, MD, Quality Assurance Group, Early Detection and Prevention Section, International Agency for Research on Cancer European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full Supplement publication. Endoscopy. 2013 ; 45(1): 51-59. doi:10.1055/s-0032-1325997
14. Kubler-Ross,E et al. Sobre el duelo y el dolor; Group Editorial 62, SLU, 2015. Ed. Luciérnaga ISBN: 978-84-15864-90-5
15. Lin JS, Perdue LA, Henrikson NB, Bean SI, Blasi PR. Screening for Colorectal Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 May. Report No.: 20-05271-EF-1. PMID: 34097369
16. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter C, Webber EM, O'Connor E, Smith N, Whitlock EP. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 Jun. Report No.: 14-05203-EF-1. PMID: 27441328
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Vol. 15, Ciência & Saúde Coletiva. 2010. 2297-2305 p.ç
18. Pekol juan, clínicas quirúrgicas del Hospital Italiano de Buenos aires,complicaciones de la cirugía abdominal. 2015
19. Rex DK, Boland CR, Dornitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T, Levin TR, Lieberman D, Robertson DJ. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2017 Jul;112(7):1016-1030. doi: 10.1038/ajg.2017.174. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28555630
20. Schrijvers G, van Hoorn A, Huiskes N. The care pathway: Concepts and theories. Int J Integr Care. 2012;12(September)
21. Vaccaro,Carlos "Enfoque multidisciplinario del cáncer colorrectal" 1ª ed. Buenos

- Aires: Journal, 2014
22. Vogel et al, The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer. Dis Colon Rectum 2022
  23. WHO; International agency for research on cancer.The Global Cancer Observatory December, 2020
  24. Yonamine, Karina Recomendaciones para el tamizaje organizado de Cáncer Colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina / Karina Yonamine ; Kirschbaum Agustín. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer, 2022. Libro digital, PDF Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-3945-97-7 1. Medicina. 2. Cáncer. I. Agustín, Kirschbaum. II. Título. CDD 614.59994347