MANUAL DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA POBLACIÓN CON RIESGO O PRESENCIA DE CÁNCER (RIACA) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ

Elaboró:

CRISTHIAN VALENCIA MESA
Referente de Rutas integrales de atención afiliado participe Admisalud

Revisó:

OSCAR FERNANDO ROSERO.
Subgerente Científico

PAOLA ANDREA VEGA.
Coordinadora Aseguramiento de la Calidad Afiliada participe Admisalud

SOFIA COBO OCHOA.
Enfermera Coordinadora servicio Consulta Externa – Afiliada participe Admisalud

JULIA MARTHA GALLEGO
Médico Especialista en Oncología – Contratista OPS

Aprobó:

CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS

POPAYAN 2022

CONTENIDO

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVOS 4
2.1. Objetivo General 4
2.2. Objetivos Específicos 4
3. JUSTIFICACIÓN 5
4. AREA DE APLICACIÓN 8
5. RESPONSABLES 8
6. MARCO NORMATIVO 8
7. ALCANCE 10
8. DEFINICIONES 10
9. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON RIESGO O PRESENCIA DE CÁNCER (RIACA) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E 21
Gestión de la ruta integral de atención en salud 21
Intervenciones colectivas 22
Intervenciones individuales 22
9.1. Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino: 23
9.1.1. Diagnostico 31
9.1.2. Tratamiento 33
9.2. Detección temprana de cáncer de mama 36
9.2.1. Diagnóstico 40
9.2.2. Tratamiento 43
9.3. Detección temprana de cáncer de próstata 50
9.3.1. Diagnostico 54
9.3.2. Tratamiento 60
9.4. Detección temprana de Cáncer de Colon y Recto 77
9.4.1. Diagnóstico 81
9.4.2. Tratamiento 84
9.5. Detección temprana cáncer de estómago 98
9.5.1. Diagnóstico 101
9.5.2. Tratamiento 109
10. Monitorización y Control de Indicadores 115
11. BIBLIOGRAFÍA 123
12. ANEXOS 125

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (Resolución 3202, 2016, pág. 10)

Resolución 3202 (2016) Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud— RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades

i) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y

ii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud(territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurarla integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos. (pág. 11).

El Hospital Universitario San José de acuerdo a su nivel de complejidad establece las Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, en específico para la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto donde adopta, adapta e implemente los procedimientos e intervenciones que aplican al prestado complementario según la Resolución 3280 de 2018, que pretende aportar en el mejoramiento del bienestar y el desarrollo de los individuos promoviendo la integralidad en la atención a través de las acciones de cuidado que se espera del individuo y su familia contribuyendo a la gobernanza del cáncer, permitiendo mejorar y optimizar el transcurrir de los pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todos los pacientes con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto en el marco de las rutas integrales de atención en salud, y el modelo de acción integral territorial MAITE.

2.2. Objetivos Específicos

- Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención para la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto Salud
- Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que inciden en la salud de la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto.
- Afectar positivamente el entorno institucional para que ser una institución protectora y potenciadora de la salud de la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto.

- Contribuir al logro de los resultados en salud esperados en la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto.

3. JUSTIFICACIÓN

El abordaje integral para la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después de la atención como estrategia del componente de prevención y atención integral implica el reconocimiento de las necesidades relacionadas con el estado de salud y que las necesidades del paciente con cáncer tienen diversos matices y diferente peso según la situación que él está experimentando como ocurre en la primera fase del diagnóstico, durante la hospitalización, o en el tratamiento domiciliario entre otras (Ayala de Calvo & Sepulveda-Carrillo, 2017) De tal manera que este momento permita sustraer a las personas de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El Cáncer es una enfermedad caracterizada por la proliferación anormal y desordenada de células que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor maligno en un determinado tejido u órgano. Los tumores malignos se conocen por su capacidad de destruir e invadir tejidos y órganos tanto cercanos como los que están lejos del tumor original (Instituto Nacional de Cancerología, 2013).

En Colombia Según la información de la Cuenta de Alto Costo, en el marco del aseguramiento en Colombia se reportaron 416.289 casos de cáncer, de ellos, 39.545 fueron detectados entre el 2 de enero de 2020 y el 1° de enero del 2021.

En los hombres, el tipo de cáncer priorizado más frecuente en los casos nuevos reportados fue el de próstata, seguido del cáncer colorrectal y el de estómago.

Entre los casos nuevos en las mujeres, el cáncer de mama fue el más frecuente, seguido del de cérvix y el colorrectal.

El indicador relacionado con la detección temprana disminuyó en todos los tipos de cáncer con respecto al periodo anterior. Además, se evidencian brechas entre los regímenes contributivo y subsidiado, que se amplían en algunos tipos de cáncer.

En cuanto a la oportunidad de inicio del tratamiento se observan brechas importantes entre los regímenes contributivo y subsidiado, que son mayores en el cáncer de mama, cérvix, estómago, colon y recto (Cuenta de alto costo, 2022).

En el departamento del Cauca la tendencia cuanto, a las neoplasias, se evidencia que en los hombres la primera causa de muerte es el cáncer de estómago con tendencia hacia la disminución en el último año de 25,04 a 19,98; en segundo lugar, el tumor maligno de la próstata que disminuye en el último; en tercer lugar, los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas que se han incrementado gradualmente en los últimos años, hasta llegar a despojar del tercer lugar al tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. En las mujeres la primera causa de mortalidad por neoplasia es el tumor maligno del estómago con comportamiento fluctuante y disminución en el último año a una tasa de 11,16 por 100.000 mujeres; en segundo lugar, el tumor maligno de los órganos digestivos con una leve disminución en el último año y en tercer lugar los tumores malignos de otras localizaciones con comportamiento fluctuante y disminución en el último año (ASIS 2021 del Departamento del Cauca, 2021, pág. 134).

Para las neoplasias como subgrupo de mortalidades en la población del municipio de Popayán se encontró como primera causa el tumor maligno de estómago, seguido del tumor maligno de la próstata, el comportamiento de estas afecciones ha sido estable en la población de Popayán entre los años 2005 y 2019, no presentaron cambios de relevancia. El Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon; y Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas ocupan el tercer y cuarto lugar de mayor mortalidad. En este puno es importante resaltar que la mortalidad por tumor maligno de próstata presenta una tasa de mortalidad por mil habitantes mayor que la tasa del departamento del Cauca, ante esto se requiere un arduo trabajo por parte de la secretaria de salud municipal que obligue a las IPS operantes en el municipio a una

ejecución adecuada de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, detectando a tiempo en cáncer de próstata. Por su parte, referente a el comportamiento de la mortalidad por neoplasias en los hombres, el tumor maligno de estómago se ubica como la primera causa de muerte para el año 2018 el tumor próstata causó en el mismo año un ocupando el segundo lugar; el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon es reconocido como la tercera causa de muerte. Para la población femenina del municipio de Popayán, se observa mayor predominio en la de mortalidad por Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, ubicándose como la primera causa de muerte en este grupo poblacional; seguida por el tumor maligno de estómago, como la segunda causa de muerte para el año 2019. En tercer y cuarto lugar evidenciamos los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas y Tumor maligno de la mama de la mujer (ASIS 2021 del Municipio de Popayán, 2021,pág. 114).

En general, Nuestro país ha venido haciendo importantes esfuerzos dirigidos al mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud, la generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, la promoción, formación y fortalecimiento de organizaciones, es prioritario que las entidades fortalezcan el alcance, cobertura y eficiencia de los programas de detección temprana para mejorar los resultados de su gestión y salvar vidas (Cuenta de alto costo, 2022).

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. que presta servicios de salud de alta complejidad actúa de manera más oportuna y consciente a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo clínico, fortaleciendo el diagnóstico temprano permitiendo una mayor eficacia del tratamiento y por tanto una mayor supervivencia de la población con cáncer que recibe atención en el marco del aseguramiento, contribuyendo a la disminución de las brechas entre los diferentes regímenes (Cuenta de alto costo, 2022). En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de acción integral territorial (MAITE) garantizando oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud de la población con riesgo o presencia de cáncer por medio de su talento humano comprometido.

4. AREA DE APLICACIÓN

Para las unidades que involucre la ruta integral de atención para la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto comenzado por la consulta ambulatoria al paciente oncológico y/o urgencias adultas, los servicios de internación oncológico, cirugía, unidad de cuidados intensivos adultos, cuidados paliativos.

5. RESPONSABLES

Son responsables de brindar los medios adecuados para la implementación y seguimiento de la ruta integral en salud materno perinatal (RIAMP) dentro de la Institución:

- La Junta Directiva de la institución.
- La Gerencia
- La subgerencia científica
- La subgerencia administrativa
- Oficina Aseguramiento de la calidad
- Oficina Asesora de Planeación
- Oficina Jurídica
- Oficina de Gestión financiera
- Oficina de Talento Humano
- Oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario
- Coordinación de enfermería.
- Coordinadores asistenciales.

Talento humano que desempeña funciones o actividades en los procesos misionales (personal asistencial).
Talento humano que desempeña funciones o actividades en los procesos de evaluación y control, estratégicos y de apoyo (Personal administrativo) del HSUJ.

6. MARCO NORMATIVO

a) Ley 1751 de 2015 Ley estatutaria del derecho fundamental a la salud.
b) Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad".

c) Resolución 1035 de 2022 Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. "tiene como eje central la visión de la Salud Pública planteada para Colombia a 2031". Ministerio de Salud y Protección Social – documento plan decenal salud pública 2022-2031.
d) Resolución 0429 de 2016 Adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), uno de los componentes del MIAS.
e) Resolución 2626 de 2019 Por la cual se modifica la política de atención integral en salud PAIS y se adopta el modelo de acción integral territorial en salud MAITE.
f) Resolución 3202 de 2016 Adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS.
g) Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la Salud y la RIAS para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. La cual deroga las resoluciones 412 de 2000, 769 de 2008 y 1973 de 2008 y modifica el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015.
h) Resolución 4505 de 2012; por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Artículos 6, 111 al 117. Que para dar cumplimiento a lo ordenado en los precitados artículos de la Ley 1438 de 2011 es necesario establecer una nueva forma de reporte de información relativa a Protección Específica y Detección Temprana y aplicación de guías de Atención Integral de Enfermedades de Salud Pública de obligatorio cumplimiento, en el marco de las competencias legales de los diferentes actores y agentes del Sistema, con el propósito de integrar dicha información al SISPRO.
i) Resolución 202 de 2021, sobre la obligatoriedad de reportar las actividades de Protección Específica y Detección Temprana incluidas en las Rutas Integrales de Atención en salud.
j) Decreto 780 de 2016 Decreto Único reglamentario del sector salud y protección social. Ministerio de Salud y Protección Social.
k) Resolución 0489 de 2019 Modifica la resolución 0429 de 2016, el cual adopto la Política de Atención Integral en Salud PAIS y dispuso un modelo operacional para su implementación.
l) Resolución 276 de 2019, por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018.

m) Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
n) Decreto 1011 de 2006, se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuyo artículo 4° se contemplaron como componentes de éste, el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.
o) Decreto 903 de 2014, por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
p) Resolución 5095 de 2018, por lo cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1".
q) Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

7. ALCANCE

Desde: La primera vez que, entre la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto en contacto con la Institución.

Hasta: la medición del cumplimiento de la ruta integral de atención para la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto del Hospital Universitario San José y la medición de la adherencia en la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto y los resultados en salud logrados.

8. DEFINICIONES

Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (OMS, 1946, pág. 100).

Promoción de la salud: es el proceso que proporciona a las personas y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente. (OPS, 2006, pág. 24).

Prevención de la enfermedad: estrategias tendientes a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. (UDEM, 2012, pág. 01).

Prevención primaria: Son "medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes" (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Prevención secundaria: está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad sin manifestaciones clínicas. Significa la búsqueda en sujetos "aparentemente sanos" de enfermedades lo más precozmente posible, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase pre-clínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas, pretende reducir la prevalencia de la enfermedad". (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Prevención terciaria: se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la

adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Atención primaria de la salud (APS): la APS fue definida como: "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción; se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. (ALMA ATA, 1978).

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (MINSALUD, 2010).

Demanda inducida: son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. (RES412, 2000, pág. 5).

Protección especifica: es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. (RES412, 2000, pág. 5).

Detección temprana: es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la

reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. (RES412, 2000, pág. 5).

Intervenciones colectivas: las intervenciones colectivas se definen como "un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio". (RES518, 2015, pág. 4).

Intervenciones individuales: se definen como el conjunto de intervenciones en salud por momento de curso de vida, que tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la formación para la salud, individual, grupal o familiar, con el fin de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud de las personas, minimizar el riesgo de enfermar o derivar oportunamente a rutas de grupo de riesgo o a los servicios de salud requeridos para el manejo de su condición de salud. (RES3280, 2018, pág. 48).

Entorno comunitario: el entorno comunitario comprende "los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias organizadas de manera autónoma y solidaria, las cuales pueden compartir características, objetivos comunes y agruparse para desarrollar actividades y representarlas ante instancias nacionales y/o territoriales. (RES3280, 2018, pág. 20).

Entorno laboral: comprenden los escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades; con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. (RES3280, 2018, pág. 20).

Entorno Institucional: comprende los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (públicas y privadas), las instituciones que prestan servicios sociales o de protección integral, y las instituciones en donde viven un grupo de personas generalmente no parientes- que participan de una vida en común. En este entorno, interactúan los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en salud a las personas. (RES3280, 2018, pág. 20).

Curso de vida: es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud

dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. (RES518, 2015, pág. 3).

Primera infancia: inicia desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, se constituye en el momento de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto es de vital importancia reconocer las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas en este momento vital, así como identificar situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer una abordaje diferencial en la atención. (RES3280, 2018, pág. 105).

Infancia: desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años. 11 meses y 29 días, continúan siendo personas que requieren un acompañamiento muy cuidadoso en su salud, dadas las características del proceso de desarrollo y las vulnerabilidades asociadas al momento del curso de la vida. (RES3280, 2018, pág. 115).

Adolescencia: comprende desde los 12 y 17 años se caracteriza por importantes y rápidas transformaciones a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales que repercuten de forma importante en el devenir y el futuro de las personas. (RES3280, 2018, pág. 123).

Juventud: comprende desde los 18 hasta los 28 años, es el momento de consolidación de la autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural, lo que se evidencia en actitudes de seguridad poder y dominio. (RES3280, 2018, pág. 132).

Adultez: comprende de los 29 a los 59 años de edad. Se configura en un proceso dinámico, en donde continúa el desarrollo y las personas son capaces de establecer metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas, configurando sus trayectorias evolutivas personales y aprovechando las oportunidades disponibles en sus contextos. (RES3280, 2018, pág. 140).

Vejez: comprende desde los 60 años en adelante, se describen a continuación y en conjunto buscan la protección de las prácticas de cuidado de la salud adquiridas, la identificación oportuna de la exposición a riesgos y la detección temprana de alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de derivarlas para su manejo oportuno. (RES3280, 2018, pág. 148).

Consentimiento informado: Proceso en el que se proporciona a los pacientes información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico. Esto se hace para ayudar a los pacientes a decidir si se quieren someter a tratamientos o pruebas. (INC, 2019, pág. 1).

Plan ampliado de inmunización: acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. (MINSALUD, 2010, pág. 1).

Autocuidado: es la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. Constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona. (CGCOF, 2019, pág. 1).

Ruta integral de atención en salud: Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades,

ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y

iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Las **RIAS** son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurarla integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, julio 25)eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

De esta manera, además de las atenciones para la promoción y mantenimiento de la salud, la RIA define intervenciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; así como educación para la salud potenciando el cuidado, que permita la reducción o mitigación del daño o la recuperación de la salud ante la presencia de un evento.

Centrado en los sujetos: las rutas integrales de atención en salud se centran en las personas, familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas de los sujetos.

Seguridad y calidad: las rutas integrales de atención en salud ejercen la seguridad y calidad mediante la promoción de la práctica informada por la evidencia y el esfuerzo constante en la mejora de la calidad en todos los puntos de la prestación de servicios de salud.

Eficacia: las rutas integrales de atención en salud parten de la mejor evidencia disponible, identificando acciones e intervenciones eficaces para garantizar la atención integral en salud y en la adecuada prestación de servicios de salud.

Eficiencia: reducir los residuos y el costo total de la prestación de servicios de salud directos e indirectos; por ejemplo, los residuos de los suministros, equipos, espacio, capital y recursos humanos.

Equidad: las rutas integrales de atención en salud ofrecen oportunidades para abordar y cerrar las brechas socioeconómicas en el estado de salud (Resolución 3202, 2016, págs. 10, 11,12).

Modelo de atención integral territorial: el MAITE se fundamenta en la atención primaria en salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones, y si bien tiene algunas similitudes con la PAIS, la nueva resolución especifica la hoja de ruta las diferentes líneas de acción. En ese sentido, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), es el nuevo marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades. (Res 2626, 2019, p3)

Información en salud: Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar

o f. recomendar a los individuos. familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud. (Res 518, 2015, pág. 21)

Educación y comunicación para la salud: Proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las 'familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud, (Res 518, 2015, pág. 22).

Desarrollo de capacidades: Proceso de transformaciones, mediante el cual las personas, las organizaciones a través de sus miembros y la sociedad obtienen, fortalecen y mantienen aptitudes, actitudes, habilidades y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y en respeto a la autonomía y función descentralizada local, (Res 518, 2015, pág. 3).

Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer es una enfermedad en la cual se da un proceso de crecimiento anormal de células tanto en número como en sus características, es decir, hay un aumento indiscriminado de células y estas no tienen las cualidades necesarias para cumplir sus funciones, alterando así el órgano o sistema en el cual se presenta. En la mayoría de los cánceres, este crecimiento anormal da lugar a un tumor, el cual se presenta en el órgano afectado. En ocasiones el cáncer se propaga a través de la sangre a otros órganos, produciendo así nuevos tumores. El crecimiento sin control y la invasión a otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa. (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 17).

De acuerdo a lo anterior, el cáncer de cuello uterino es el crecimiento anormal de células en el tejido del cuello uterino o cérvix, este proceso se inicia en la zona de transformación, debido a que las características de las células que se encuentran en esta área tienen una afinidad especial para alojar el VPH (Virus del Papiloma Humano). Esta, es una enfermedad lenta y progresiva que necesita cerca de diez años para desarrollarse, desde el

momento de la infección por el VPH (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 17).

Cáncer de Mama

El cáncer de mama es el cáncer más común que se presenta entre las mujeres; sin embargo, también se presenta en menor número en hombres. En los últimos años, se han mejorado las técnicas de diagnóstico del cáncer de mama, que permiten detectarlo en etapas tempranas y así actuar de manera inmediata y efectiva en el tratamiento. El cáncer de mama es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual posteriormente tiene la capacidad de invadir a otros órganos. (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 9).

Cáncer de próstata

- Cáncer es un nombre genérico que define la multiplicación no controlada por el organismo de células anormales, que partieron inicialmente de células normales y que al crecer conforman un tumor. Lo normal es que al reproducirse o dividirse las células sean idénticas a la célula original; cuando esto no ocurre podemos enfrentarnos a un cáncer. De acuerdo con su localización y tamaño, el cáncer puede producir alteraciones en las funciones de los órganos. Si estas células se salen del órgano donde se produjo el tumor (metástasis), puede además producir alteraciones generales en todo el organismo, como pérdida de peso, malestar general y sensación de cansancio. Con el pasar de los años es muy frecuente que aumente el tamaño de la próstata, como consecuencia de procesos benignos; esto se denomina hiperplasia prostática benigna, que no es una lesión cancerosa. Es una condición muy frecuente que se manifiesta por dificultades para orinar, las cuales pueden incluso llegar a una obstrucción total. Se presenta usualmente como una dificultad creciente para orinar, goteo, sensación de llenura vesical permanente y gran frecuencia urinaria. (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 16).

- El cáncer de próstata es el crecimiento maligno de la glándula prostática. Cuando el cáncer de próstata avanza, invade las células vecinas, para deformar la estructura interna y externa de la próstata; posteriormente puede salirse de ella e invadir las estructuras vecinas, como las vesículas seminales, la vejiga y el recto. En fases avanzadas de la enfermedad, a través de los vasos linfáticos y sanguíneos, las células cancerosas se diseminan a sitios distantes, como los ganglios y los huesos, lo que se

denomina metástasis. El crecimiento y la diseminación del cáncer de próstata dependen de la presencia de la hormona masculina (testosterona) producida por los testículos. (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs.17).

Cuando se diagnostica el cáncer de próstata, lo podemos encontrar en una de tres fases:

- Localizado: no ha salido de la próstata.
- Localmente avanzado: compromete la próstata y tejidos vecinos.
- Avanzado: ya ha salido de la próstata y se encuentra en otros órganos, como los ganglios linfáticos o los huesos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 16,17).

Cáncer de colon y recto

El cáncer que se desarrolla en el colon o en el recto, también conocido como cáncer "de colon y recto", es una enfermedad en la cual crecen células malignas en los tejidos del colon o del recto, de forma desordenada, hasta formar una masa o tumor (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 15,16).

El cáncer de colon y recto puede iniciar en cualquier área del intestino grueso. La mayoría de estos cánceres comienzan en las células de la mucosa del colon o recto, y se desarrollan más comúnmente a partir de pólipos. Los pólipos son un crecimiento de tejido no canceroso que se desarrolla dentro del intestino, habitualmente en el recto y en la porción más baja del colon (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 15,16).

Los pólipos son más comunes en personas mayores de 50 años. Hay diferentes tipos de pólipos y algunos de estos se consideran de mayor riesgo para el desarrollo de cáncer de colon y recto (especialmente los pólipos de tipo adenomatoso). A mayor número y tamaño de pólipos adenomatosos, mayor probabilidad de que se conviertan en cáncer (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 15,16).

Generalmente, las personas con pólipos no presentan síntomas durante muchos años, y en especial durante las etapas iniciales. Aunque si se presentan molestias como inflamación abdominal o cambios en los hábitos

intestinales, por ejemplo, estreñimiento o diarrea, la persona debe consultar a su médico. Al encontrar, extraer y analizar los pólipos, puede reducirse el riesgo de cáncer de colon y recto (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 15,16).

El cáncer de colon y recto crece de manera lenta y puede llegar a obstruir el intestino. También, puede extenderse por fuera del intestino a otras partes del cuerpo, lo que se conoce como metástasis; el hígado es el órgano que con mayor frecuencia se ve afectado por la metástasis de este tipo de cáncer (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 15,16).

9. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON RIESGO O PRESENCIA DE CÁNCER (RIACA) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E

Gestión de la ruta integral de atención en salud la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto:

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., frente a la RIACA reconoce la necesidad de impactar a la población, mediante acciones de salud pública que permitan la atención integral en salud, bajo un enfoque de la garantía del derecho a la salud de todas las personas con riesgo o presencia de cáncer.

Frente a la gestión para la operación de la RIACA, se establece lo siguiente de acuerdo a la normatividad vigente:

- Establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo con las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las Intervenciones individuales en los diferentes entornos (Resolución 3280, 2018).
- Generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, contemplados en la RIA incluyendo la adaptabilidad y progresividad (Resolución 3280, 2018).
- Gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios para garantizar la entrega de los procedimientos

individuales contemplados en la RIACA para cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto, de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes en todos los ámbitos territoriales de operación del MAITE (Resolución 3280, 2018).

- Organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la RIACA (Res 3280, 2018)
- Realizar la demanda inducida para garantizar el acceso a los procedimientos individuales contemplados en otros niveles de complejidad (Resolución 3280, 2018).
- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en la RIACA con énfasis en la reglamentación de las leyes de cáncer en Colombia, con conocimiento en los lineamientos nacionales de obligatorio cumplimiento para el control integral del cáncer en busca de una reducción en el número de personas que enferman y mueren por esta causa; las Leyes 1384 y 1388 de 2010 se ha orientado a la definición de acciones para la promoción y prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la rehabilitación y los cuidados paliativos, el mejoramiento de la infraestructura y la tecnología así como la formación del talento humano en oncología.

Intervenciones colectivas: la normatividad establece que las intervenciones colectivas son un plan complementario al plan de beneficios en salud, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud (Resolución 3280, 2018, pág. 241).

Teniendo en cuenta lo anterior, desde los procesos ejecutados por el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se realizará demanda inducida para el acceso a la ejecución de manera integrada e integral en el entorno institucional; de las intervenciones colectivas ejecutadas a nivel municipal y departamental por los operadores de los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en las diferentes dimensiones establecidas que ofrecen las entidades territoriales de salud.

Intervenciones individuales: el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., de acuerdo a su nivel de complejidad realiza procesos de detección temprana, procesos de protección específica diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, dirigidas a las personas y

familias, este conjunto de procedimientos a cargo del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Las demás atenciones en salud individuales corresponden a los servicios en la IPS de primer nivel de atención, se realizará demanda inducida y enviará a través de las ordenes de egreso y el plan de cuidado integral las demás intervenciones que se deban realizar para dar continuidad a la RIACA.

9.1. **Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino:**

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; realizara la orden de egreso y plan de cuidado para promover y mantener la salud integral a toda paciente joven, adulto y del adulto mayor la Tamización para cáncer de cuello uterino (Citología): de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino. En menores de 25 años según riesgo identificado (Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales) y criterio del profesional de la salud utilizando el esquema de 1-3-3, para que lo realice dentro de su prestador primario y realizara las actividades de prevención terciaria (Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y Paliación) conforme a la Guía de práctica clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo Guía No. GPC 2014 – 45.

Objetivos

Detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual, a saber: citología vaginal, pruebas ADN-VPH o técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol (Resolución 3280, 2018, pág. 167).

Población sujeto Las pruebas de tamización serán realizadas según el grupo de edad de las mujeres y su lugar de residencia así:

Citología: La tamización con citología se debe realizar en las mujeres de 25 a 29 años de edad en esquema 1 – 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos (Resolución 3280, 2018, pág. 167).

Pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano: La tamización con las pruebas que detectan el ADN de los virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, se deben realizar a todas las mujeres entre 30 y 65 años de edad, con un esquema 1-5- 5 (cada 5 años) ante resultados negativos (Resolución 3280, 2018, pág. 167).

Técnicas de inspección visual: Las técnicas de inspección visual están indicadas exclusivamente para las mujeres entre 30 a 50 años residentes en áreas de población dispersa y con difícil acceso a los servicios de salud, se deben realizar en esquema 1-3-3 ante resultados negativos. 9.3 (Resolución 3280, 2018, pág. 167).

Atenciones incluidas

- Brindar información y educación sobre el procedimiento y diligenciar carné.
- Toma no quirúrgica de muestra o tejido cervical para estudio citológico o para estudio del ADN del virus del papiloma humano.
- Inspección visual con ácido acético y lugol y tratamiento con crioterapia en mujeres residentes en lugares apartados.
- Control de muestras, gestión de resultados y entrega de resultados.

Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta Integral de Atención específica de cáncer de cuello uterino según hallazgos (Resolución 3280, 2018, pág. 167)..

Talento humano

Toma de citología y pruebas ADN – VPH: Profesional en medicina, enfermería o bacteriología o cito-histotecnólogo o histocitotecnólogo certificado. En los lugares donde no exista ninguno de los profesionales antes listados, este procedimiento puede ser realizado por un técnico auxiliar de enfermaría entrenado y certificado (Resolución 3280, 2018, pág. 167).

Pruebas de Inspección visual con ácido acético y lugol (VIA – VILI): Sólo podrá ser realizada por médicos o profesionales en enfermería entrenados en la técnica y en el tratamiento inmediato con crioterapia, debidamente certificados (Resolución 3280, 2018, pág. 167).

Descripción del procedimiento

Se debe propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de cuello uterino; permitir a la mujer expresar si alguno de los exámenes genera dolor y entablar un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer. Así mismo, brindar la siguiente información:

- Explicar los procedimientos a realizar en cada estrategia de tamización.

- Informar posibles conductas según resultados de las pruebas de tamización.
- Aclarar que un resultado positivo de VPH en la prueba de tamización no es igual a un diagnóstico de cáncer.
- Informar que ante resultados de pruebas de tamización positivas es necesario realizar pruebas confirmatorias (colposcopia + biopsia), y en el caso de las técnicas de inspección visual se debe brindar información de la técnica, los resultados obtenidos en el momento del examen y la posibilidad del tratamiento inmediato con crioterapia (en el mismo momento de la tamización), obtener el consentimiento informado.
- Insistir en la importancia de reclamar el resultado (Resolución 3280, 2018, pág. 168).

Todos los procedimientos deben estar registrados en el formato establecido para el procedimiento de toma de la muestra de tamización, la información a registrar es:

- Fecha de la tamización, consecutivo de muestra, datos de identificación de la paciente, unidad o IPS donde se realiza la tamización, EAPB, antecedentes ginecológicos y obstétricos, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, registrar el uso del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo si aplica, antecedente de vacunación contra el VPH, fecha de la vacunación, fecha y resultado de la última prueba de tamización de cáncer de cuello uterino y procedimientos anteriores en el cuello uterino (Resolución 3280, 2018, pág. 168).

Cuando la tamización sea con las técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol, el formato debe incluir el resultado de la inspección visual con ácido acético (VIA), con el lugol (VILI), la evaluación final, y la conducta a seguir. Incluir si se hizo tratamiento inmediato con crioterapia, las instrucciones y el control; o incluir si el caso fue remitido a especialista (Resolución 3280, 2018, pág. 168).

Se debe entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la toma de la prueba de tamización, tipo de prueba de tamización utilizada, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud (Resolución 3280, 2018, pág. 168).

Registrar en el sistema de información y en los registros administrativos vigentes el resultado de la prueba, la fecha de recepción del informe, fecha de la próxima prueba de acuerdo a lo registrado en el resultado (Resolución 3280, 2018, pág. 168).

Registrar en historia clínica el resultado negativo de citología vaginal usando en forma obligatoria el sistema de reporte Bethesda 2014, registrar el resultado negativo de la prueba ADN-VPH, o de la inspección visual (Resolución 3280, 2018, pág. 168).

Procedimientos de tamización de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con edad de la mujer y lugar de residencia habitual

Mujeres menores de 25 años, se realizará la tamización de oportunidad con citología, a partir del criterio y evaluación de antecedentes y factores de riesgo por el médico o enfermera que justifiquen realizarla, con el esquema 1-3-3 ante resultados negativos. Considerar antecedentes como: Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales (Resolución 3280, 2018, pág. 168).

Mujeres de 25 a 29 años: Se deben tamizar con citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad) (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

Ante resultados **positivos** de las pruebas de **citología,** realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general o enfermería en un tiempo no mayor a 1 semana; **gestionar la cita para la confirmación diagnóstica en los servicios de colposcopia (colposcopia + biopsia según hallazgos),** en un tiempo no mayor a 30 días cuando el caso requiera el procedimiento (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

. **Una vez se realice la colposcopia a mujeres con citología positiva;** registrar en el sistema obligatorio de reporte Bethesda 2014, el resultado anormal de la prueba, la fecha de recepción del informe, la fecha de realización de la colposcopia, si se realizó o no biopsia, informe de la colposcopia y fecha y resultado de la biopsia (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

Mujeres de 30 a 65 años: A partir de los 30 años y hasta los 65 años, la tamización obligatoria será con las pruebas ADN-VPH (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

Teniendo en cuenta que cuando el resultado de la prueba ADN-VPH es positivo, se debe realizar una citología (convencional o en base líquida según disponibilidad) de triage o clasificación para decidir qué casos se remiten a colposcopia + biopsia; es obligatorio que a todas las mujeres a quienes se realice toma de la prueba de ADN-VPH, se les tome en el mismo momento, una muestra para citología (empezando con la muestra para

citología, seguida por la muestra para el ADN-VPH), garantizando las condiciones de asepsia y antisepsia para dicha toma, así como las condiciones necesarias para su correcta conservación y almacenamiento. Todas las muestras de ADN-VPH deben ser analizadas; no obstante, sólo se llevarán a lectura las citologías de aquellas mujeres cuya prueba de ADN-VPH resultó positiva, las otras muestras se deben desechar (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

Ante resultados positivos de las pruebas ADN-VPH, se debe realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general o enfermería en un tiempo no mayor a 2 semanas, en los cuales se debe gestionar la lectura y entrega de la citología clasificatoria o de triage en un tiempo no mayor a 1 semana (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

- Cuando la prueba de ADN-VPH resulte positiva, pero la citología de triage o clasificatoria sea negativa, la usuaria será citada a un control con prueba de ADN-VPH en 18 meses.
- Cuando la prueba de ADN-VPH y la citología de triage o clasificatoria sean positivas, se debe **gestionar la cita para ser referidas a colposcopia y biopsia según hallazgos, en un tiempo no mayor a 30 días y derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de cáncer** (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

Una vez se realice la colposcopia y la biopsia (según hallazgos); registrar en el sistema de información las atenciones de colposcopia y biopsia con sus correspondientes fechas y resultados (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

Mujeres mayores de 65 años: A partir de los 65 años se suspende la tamización para cáncer de cuello uterino, siempre y cuando las pruebas de tamización previas, en los últimos cinco años, específicamente las del ADN-VPH tengan resultado negativo. En caso contrario continuar seguimiento según algoritmos para lesiones pre neoplásicas (Resolución 3280, 2018, pág. 169).

Si en el momento de realizar la inspección del cuello uterino a través de la especuloscopia para la tamización, se identifican signos que sugieren un carcinoma infiltrante, se debe informar a la mujer, generar una alerta en el sistema y **gestionar la atención en los servicios de colposcopia para confirmación mediante biopsia en un tiempo no mayor a 1 semana**, sin necesidad de realizar o conocer el resultado de la prueba de tamización (Resolución 3280, 2018, pág. 170).

Mujeres residentes en ámbitos territoriales rurales y rurales dispersos

Las estrategias de tamización primaria para cáncer de cuello uterino para territorios con población dispersa y de difícil acceso de obligatorio cumplimiento son las siguientes:

Mujeres de 25 a 29 años: Citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad) (Resolución 3280, 2018, pág. 170).

Mujeres de 30 a 50 años: Estrategia Ver y Tratar: Incluye la realización de técnicas de inspección visual VIA con ácido acético (VIA) y lugol (VILI) (por sus siglas en inglés) del cuello uterino y tratamiento inmediato con crioterapia u otro método ablativo de destrucción local que haya demostrado su efectividad. Las pruebas rápidas de ADN-VPH podrán ser una alternativa para la tamización en este grupo de edad siempre en combinación con la estrategia Ver y Tratar. Las mujeres con prueba positivas a la prueba rápida se les realizará la inspección visual con ácido acético y lugol (VER) y a las que tengan la indicación TRATAR en forma inmediata o remitir al especialista (Resolución 3280, 2018, pág. 170).

Mujeres 51 a 65 años: Citología de cuello uterino o pruebas de ADN-VPH según disponibilidad. No requieren triage o clasificación con citología.

Si en el momento de realizar la inspección del cuello uterino a través de la especuloscopia para la tamización, se identifican signos que sugieren un carcinoma infiltrante, se debe informar a la mujer, generar una alerta en el sistema y **gestionar la atención en los servicios de colposcopia para confirmación mediante biopsia en un tiempo no mayor a 1 semana, sin necesidad de realizar o conocer el resultado de la prueba de tamización** (Resolución 3280, 2018, pág. 170).

Información para la salud

- Informar sobre el virus del papiloma humano VPH como infección de transmisión sexual y agente relacionado con el desarrollo de cáncer de cuello uterino.
- Educar en factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, medidas de **prevención primaria (vacunación contra el VPH)** y finalidad de las actividades de tamización (Resolución 3280, 2018, pág. 170).

Plan de cuidado

a. Entrega de resultados: sin distingo del resultado de las pruebas de tamización, gestionar de forma ágil la entrega de resultados a las mujeres, garantizando que las mismas conozcan oportunamente sus resultados y pasos a seguir (Resolución 3280, 2018, pág. 170).

- Si los resultados de las pruebas de tamización son negativos: se debe brindar información sobre la importancia de la adherencia al esquema de tamización de cáncer de cuello uterino, prevención de la infección por VPH y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Diligenciar en el carné los resultados de la prueba y registrar la fecha de la siguiente cita de tamización:
- Para citología de cuello uterino en mujeres entre 25 y 29 años, citar para nueva prueba en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3 (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Para pruebas ADN VPH en mujeres entre 30 y 65 años, citar en 5 años, siguiendo el esquema 1-5-5 (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Para Técnicas de Inspección Visual (VIA VILI) en mujeres entre 30 y 50 años: citar en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3. (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Si los resultados de las pruebas de tamización son positivos: se requiere la realización de una consulta por profesional en medicina general o enfermería, en la cual se debe (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Brindar asesoría sobre el resultado de las pruebas, derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de ITS incluido el VPH e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Cuando el resultado de la citología vaginal reporta en calidad de la muestra insatisfactoria, se debe tomar una nueva citología entre las tres y cuatro semanas siguientes, con el fin de permitir una adecuada reepitelización del cuello uterino (Resolución 3280, 2018, pág. 171).

b. Si el profesional de enfermería que realiza la prueba de tamizaje identifica infecciones vaginales o si la usuaria refiere síntomas sugestivos, se debe referir a una consulta resolutiva por profesional de medicina general.

c. **Realizar la notificación obligatoria al Sivigila de todas las mujeres con resultado positivo en la biopsia acorde al protocolo para la vigilancia del evento** (Resolución 3280, 2018, pág. 171).

Gestión para la tamización del cáncer de cuello uterino

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en el prestador de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

a. En zonas rurales dispersas y de difícil acceso a los servicios de salud, se sugiere realizar jornadas de salud coordinadas entre la DTS, la EAPB e IPS en articulación y previa concertación con los líderes comunitarios, asociaciones indígenas, entre otras, que promocionen las actividades de detección temprana para cáncer de cuello uterino. En los

prestadores de salud donde se encuentren grupos indígenas, la institución debe contar con la presencia de un referente de la misma comunidad que explique el procedimiento a realizar con enfoque intercultural (Resolución 3280, 2018, pág. 171).

b. Control de las muestras

- Almacenar, embalar y entregar las láminas de citología y pruebas ADN - VPH, los formularios de toma de muestra, cumpliendo los protocolos y manuales establecidos por el laboratorio centralizado. Las pruebas ADN-VPH deben seguir las indicaciones de almacenamiento y tiempo para el procesamiento del proveedor. Documentar las entregas realizadas al transporte certificado dispuesto por el laboratorio centralizado (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- El tiempo transcurrido entre la toma y recepción de la muestra en el laboratorio no debe superar los cinco (5) días (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Definir los procesos para el archivo de láminas de citologías de cuello uterino (CCU) en la unidad de tamización cuando se toma en forma simultánea con pruebas ADN-VPH, especificando el proceso de búsqueda y envío para la lectura, de las láminas que correspondan a mujeres con resultados positivos de pruebas ADN VPH, y detallar los procedimientos de desechos de láminas de CCU, en los casos que las pruebas ADN VPH sean negativas (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Realizar los procedimientos de control de calidad interno y externo conforme las directrices vigentes y las que serán expedidas por la entidad competente (Resolución 3280, 2018, pág. 171).
- Tanto las citologías como las pruebas de ADN-VPH, deben mantener el control de calidad dispuesto por la entidad competente, teniendo en cuenta que los laboratorios que procesen las pruebas de ADN-VPH, deben utilizar pruebas que tengan los respectivos controles internos manteniendo las recomendaciones del fabricante, y adicionalmente realizar el control de calidad externo con alguna entidad nacional o internacional reconocida para tal fin, según lo disponga la entidad competente (Resolución 3280, 2018, pág. 172).
- Se recomienda que el procesamiento de las citologías, pruebas de ADN-VPH y lectura de las biopsias se realice en laboratorios centralizados, propendiendo una mejor calidad y control de las mismas (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

c. Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

d. Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del laboratorio centralizado y generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

e. Recepcionar y verificar los resultados de la citología y pruebas ADN-VPH entregados por el laboratorio centralizado (concordancia del número de pruebas enviadas frente al número de resultados entregados) (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

f. Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de las pruebas ADN-VPH y citología, gestionar la entrega de los resultados en un tiempo no mayor a 15 días (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

Instrumentos, insumos y dispositivos

g. Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino, se debe contar con los elementos indispensables para la toma de citología, la toma de pruebas de ADN-VPH según las indicaciones del fabricante para la prueba que se vaya a usar. Así mismo, en los casos de tamización con ácido acético y lugol, se debe contar con los elementos necesarios para el examen ginecológico: guantes y espéculos desechables, aplicadores y algodón, ácido acético al 5% y solución de Lugol (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

h. Adicionalmente, disponer de material de información, educación y comunicación que permitan orientar frente a los procedimientos para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Es necesario contar con formatos de consentimiento informado para la realización de las pruebas de tamización y con el carné del programa de tamización de cáncer (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

9.1.1. Diagnostico

Después de tener un resultado alterado en las pruebas de tamización, se procede a la valoración por un especialista quien realizará una **colposcopia**, que consiste en la observación del cuello uterino a través de un colposcopio o lente que magnifica la imagen y la proyecta en una pantalla para permitir la identificación de lesiones que puedan corresponder a precáncer o cáncer. Durante esta observación el especialista puede descartar la presencia de lesiones y/o realizar una biopsia de cuello uterino,

para confirmar el diagnóstico (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 22).

La biopsia es un procedimiento en el cual, se extraen unas pequeñas muestras de tejido lesionado del cuello uterino, las cuales son observadas en el laboratorio por un especialista quien determina la presencia de precáncer o cáncer (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 22).

Cuando el resultado de la biopsia es positivo para cáncer de cuello uterino, se realizan otros exámenes de laboratorio y se toman imágenes de diferentes partes del cuerpo, con el objetivo de establecer el tamaño de la lesión por cáncer y la posible invasión a otros órganos (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 22).

¿Cuáles son las etapas del cáncer de cuello uterino? Después de diagnosticado el cáncer de cuello uterino, es necesario definir qué tan extenso es el daño, pues este es uno de los principales aspectos que orienta la elección del tratamiento. El proceso de desarrollo del cáncer de cuello uterino se establece por etapas o estadios que van desde la 0 o precáncer hasta la IV (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 22).

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS (S)	SUBDIVISIÓN (S)	
Precáncer o etapa 0	Se presentan cambios celulares en las capas más superficiales del cuello uterino. Se conocen como: NIC o Neoplasia Intraepitelial Cervical. Estas lesiones generalmente tienen posibilidad de tratamiento y curación.	**NIC I:** lesión en la capa más superficial del cérvix.	
		NIC II: lesión que alcanza hasta la capa intermedia del cérvix.	
		NIC III: lesión que alcanza hasta la capa superior del cérvix.	
Etapa I	La lesión se encuentra en el cuello uterino, ocupando todas sus capas, pero no se extiende al útero ni tampoco a otras estructuras cercanas.	**Etapa IA:** la lesión sólo es visible con un microscopio.	**Etapa IA1:** lesión menor de 3 mm.
			Etapa IA2: lesión entre 3 y 5 mm.
		Etapa IB: la lesión puede observarse a simple vista.	**Etapa IB1:** lesión menor de 4 cm.
			Etapa IB2: lesión mayor de 4 cm.
Etapa II	La lesión se extiende hacia otros tejidos además el útero, incluyendo la parte superior de la vagina, los lados del cuello uterino y los ligamentos que sostienen el útero.	**Etapa IIA:** la lesión puede observarse a simple vista, afecta solo el útero y cérvix.	**Etapa IIA1:** lesión menor de 4 cm.
			Etapa IIA2: lesión mayor de 4 cm.
		Etapa IIB: la lesión puede observarse a simple vista, se extiende a la parte superior de la vagina, los lados del cuello uterino y los ligamentos que sostienen el útero.	
Etapa III	La lesión se extiende a la parte inferior de la vagina y a otros organos cercanos al útero.	**Etapa IIIA:** la lesión se extiende hasta la parte inferior de la vagina.	
		Etapa IIIB: la lesión se extiende hacia la pared pélvica y obstruye uno o ambos conductos de salida de la orina.	
Etapa IV	La lesión se extiende hacia la vejiga, el recto e incluso otros órganos distantes al útero. Cáncer metastásico.	**Etapa IVA:** la lesión se extiende a órganos que se encuentran en la pelvis.	
		Etapa IVB: la lesión se extiende a organos distantes, como los pulmones.	

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, Bogotá, 2014, pág. 24.

9.1.2. **Tratamiento**

Definir el tratamiento para el cáncer de cuello uterino, es un proceso supervisado y administrado por el profesional de enfermería especialista en oncología o profesional de enfermería con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia igualmente apoyado por auxiliares de enfermería con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia y químico farmacéutico con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia. El objetivo de tomar la desción más conveniente para la situación particular de cada mujer y, los riesgos y los beneficios de cada opción. Existen diferentes tipos de tratamientos y de acuerdo a la extensión de la lesión es necesario uno o la combinación de todos (Guía de practica clinica para el manejo de cancer de cuello uterino invasivo, 2014 pág .25).

Las opciones de tratamiento para el cáncer de cuello uterino son: cirugía, quimioterapia y radioterapia.

¿Qué es cirugía?

La cirugía es un procedimiento mediante el cual se lleva a cabo el corte y extracción del tejido y en ocasiones del órgano que se encuentra afectado por el cáncer. Son varias las posibilidades de tratamiento con cirugía y su elección depende de la etapa de desarrollo del cáncer, las cuales se describen a continuación (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 25).

Conización Consiste en el corte en forma de cono y extracción del tejido afectado por el cáncer, haciendo uso de un bisturí, un láser o un asa electroquirúrgica (LEEP o LLETZ). El tejido que se extrae es evaluado por un especialista en el laboratorio y con el resultado se define si es necesario realizar tratamientos adicionales. Este procedimiento se lleva a cabo en mujeres con lesiones que se encuentran en la etapa 0 o precáncer y etapa IA2 (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 25).

Histerectomía La histerectomía es la extracción del útero, esta puede ser total o radical. En la histerectomía total se extrae el útero y el cuello uterino, esto se realiza mediante un corte en el abdomen (histerectomía abdominal o por laparoscopia) o con la extracción de este órgano a través de la vagina (histerectomía vaginal). En la histerectomía radical se extrae además de útero, los ligamentos que sostienen el mismo y una porción de la vagina. En algunos casos se realiza la extracción de los ganglios linfáticos que se encuentran en la pelvis, de los ovarios y trompas de Falopio según los criterios del especialista. Este procedimiento se lleva a cabo en mujeres con lesiones que se encuentran en cualquier etapa del cáncer, siempre y cuando hayan alcanzado el número de embarazos deseados (Guía de

Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 26).

Traquelectomía Consiste en la extracción del cuello uterino y la colocación de una banda que hace las veces de orificio cervical. Este procedimiento se realiza en mujeres con lesiones menores de 2 cm y quienes no han alcanzado el número de embarazos deseados (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 26).

Exenteración pélvica Es una cirugía que se hace en muy pocos casos y consiste en la extracción de todo el útero, trompas uterinas, ovarios, vejiga y recto para tratar casos muy avanzados (estadios IV A) o cuando hay persistencia o recaída del tumor a nivel del cuello del útero (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 27).

Radioterapia y braquiterapia La radioterapia externa o también llamada teleterapia consiste en la aplicación de irradiaciones desde una fuente externa de cobalto (que es un material radioactivo), a través de la pared de la región pélvica, con el objetivo de destruir y controlar el crecimiento de las células cancerosas del tumor maligno del cuello del útero.

La braquiterapia o radiación interna es la aplicación de un material radioactivo en contacto con el cuello uterino y se hace como complemento a la irradiación externa (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 27).

¿Qué es quimioterapia? La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas, y en el cáncer de cuello del útero se usan medicamentos intravenosos en combinación con la radioterapia para obtener una mejor respuesta (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 29).

Riesgos y Efectos secundarios relacionados con los tratamientos.

¿Existen riesgos con el tratamiento? La aplicación de tratamientos en ocasiones produce una serie de efectos que pueden generan malestar y en algunos casos, síntomas que son una señal de alarma para complicaciones más graves. A continuación, se presentan los efectos secundarios y riesgos asociados a cada tipo de tratamiento, para tenerlos en cuenta (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 29).

¿Cuáles son los cuidados que se deben tener en relación con los diferentes tratamientos? Así como se conocen los diferentes efectos secundarios y riesgos asociados a la aplicación de los diferentes

tratamientos, en algunos casos, es posible establecer ciertos hábitos y cuidados con los cuales se puede reducir la aparición de estos.

A continuación, se presentan recomendaciones que se deben tener en cuenta para cualquier tipo de tratamiento (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 30).

TRATAMIENTO	EFECTOS SECUNDARIOS	RIESGOS
Histerectomia	• Dolor en el post-operatorio • Ausencia de menstruaciones • Imposibilidad de nuevos embarazos • Ocasionalmente sequedad vaginal	• Infección pos-operatoria • Sangrado en el pos operatorio • Lesión de órganos vecinos durante la cirugía • Reacción a la anestesia • Complicaciones cardio – pulmonares
Radioterapia	• Desaliento • Nauseas • Ardor para orinar • Sangre en la orina (ocasional) • Diarrea • Sangre en la deposición • Estrechamiento vaginal (ocasional)	• Afectación de órganos vecinos (vejiga o recto) • Alteraciones de la piel del área pélvica • Lesiones tardías de vejiga, recto o intestino (raro) • Anemia
Quimioterapia	• Cansancio • Nauseas y vómitos • Disminución del apetito • Disminución de las defensas • Diarrea • Pérdida temporal del cabello	• Riesgo de infecciones • Anemia • Riesgo de sangrados

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, Bogotá, 2014, pág. 30.

- Pregunte siempre a su médico y al personal de enfermería los cuidados específicos, los efectos esperados y las señales o signos de alarma para cada tipo de tratamiento.
- Asistir a los controles según programación.
- Consultar frente a la presencia de fiebre, secreción fétida o dolor pélvico severo. • Descanse lo suficiente.
- Coma sanamente (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 31).

¿Qué sucede después del tratamiento? Después del tratamiento es necesario realizar la citología cervicouterina con la frecuencia indicada por el especialista. También, se debe continuar con la asistencia a controles médicos y con la realización de exámenes de laboratorio o toma de imágenes, con los cuales el médico pueda detectar cambios relacionados con la recaída de la enfermedad o por el contrario la superación de la misma (Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo, 2014, pág. 31).

9.2. Detección temprana de cáncer de mama

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; realizara la orden de egreso y plan de cuidado para promover y mantener la salud integral a todo paciente mujer adulto y del adulto mayor en el examen clínico de la mama y la mamografía de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de mama y realizara las actividades de prevención terciaria (Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y Paliación) conforme a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama. Guía No. 19.

Objetivos

Detectar lesiones de cáncer de mama en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional ajustadas a la edad de la mujer (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

Población sujeta

Mujeres a partir de los 40 años: examen clínico de la mama.

Mujeres a partir de los 50 años hasta los 69 años: mamografía bilateral (Resolución 3280, 2018, pág. 172).

Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización: finalidad y beneficios; así como en la importancia de reclamar el resultado.
- Examen clínico de la mama.
- Mamografía.
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o a la ruta integral de atención en salud para la población con presencia o riesgo de cáncer – cáncer de mama (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Talento humano

Profesional en medicina general, especialista en medicina familiar o enfermería, entrenado y certificado para la realización del examen clínico de la mama (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Profesional en medicina, especialista en medicina familiar, ginecología, cirugía general, radiología o cirugía de mama entrenado para la realización de la mamografía (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Descripción del procedimiento

Se debe propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de mama; permitir a la mujer expresar si el examen genera dolor y entablar un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

En la anamnesis enfatizar en la identificación de factores de riesgo heredo-familiares y personales, en caso de identificar estos factores de riesgo, derivar a la Ruta Integral de Atención de Cáncer de Mama para la intervención correspondiente (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Informar los procedimientos a realizar y posible malestar que genera la toma de la mamografía (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Informar las conductas a seguir según los resultados de las pruebas de tamización. Entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la tamización, pruebas realizadas, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Registrar en el sistema de información del programa de cáncer mama y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la toma, tipo de muestra (examen clínico, mamografía o ambos) y los resultados (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Procedimientos de tamización de cáncer de mama

Mujeres a partir de los 40 años: Examen clínico de la mama cada año (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Mujeres de 50 a 69 años: Mamografía de 2 proyecciones cada 2 años (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Ante resultados **NORMALES** de la mamografía (BI-RADS 1 Y 2) continuar esquema de tamización cada 2 años hasta los 69 años. (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

Ante resultados de mamografía BI-RADS 3 adelantar las intervenciones diagnósticas o de seguimiento en concordancia con lo definido en la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

En caso de resultados **ANORMALES** (BI-RADS 4A, 4B, 4C y 5): realizar búsqueda activa de las mujeres y asignar con carácter prioritario la cita de entrega de resultados con profesional de medicina general o enfermería entrenado quien deberá emitir orden para **biopsia**; el equipo administrativo deberá adelantar la gestión para la realización de la misma (Resolución 3280, 2018, pág. 173).

En pacientes con resultados **ANORMALES** en la biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama (Resolución 3280, 2018, pág. 174).

Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo para cáncer de mama.
- Autoexamen de mama.

Importancia del examen clínico de mama a partir de los 40 años y de la mamografía a parir de los 50 años (Resolución 3280, 2018, pág. 174).

Plan de cuidado

Sin distingo del resultado de las pruebas de tamización, gestionar de forma ágil la entrega de resultados a las mujeres, garantizando que las mismas conozcan oportunamente sus resultados y pasos a seguir (Resolución 3280, 2018, pág. 174).

Promover y educar a todas las mujeres en el autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma para que en caso de que exista alguna de ellas asista a su servicio de salud para conducta resolutiva (Resolución 3280, 2018, pág. 174).

Las señales de alarma son:

- Masas en la mama o axila
- Engrosamiento de la piel o retracción
- Cambio en el color de la piel
- Retracción del pezón de reciente aparición
- Asimetría de las mamas de reciente aparición
- Ulceraciones en la mama o pezón
- Secreciones espontáneas o sangrado por el pezón (Resolución 3280, 2018, pág. 174).

Es importante precisar a la mujer, que la práctica del autoexamen no reemplaza la realización de las pruebas de tamización en las edades indicadas (Resolución 3280, 2018, pág. 174).
Indicar el examen clínico de mama anual a partir de los 40 años

Gestión para la tamización de cáncer de mama
Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar la oportunidad en el examen clínico de la mama, y solicitar exámenes complementarios (ecografía de seno y/o mamografía) cuando el examen clínico sea anormal.
- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con mamografía (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de radiología, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la mamografía.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos (Resolución 3280, 2018, pág. 174).

Instrumentos, insumos y dispositivos
Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Radiología e imágenes diagnósticas, consulta de medicina general, medicina familiar, ginecología o enfermería, se debe contar con un espacio que propicie la privacidad de la mujer y batas desechables. Así mismo disponer de material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de mama (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

9.2.1. Diagnóstico

Examen clínico de la mama

Es el examen de la mama realizado por el personal de salud con el fin de identificar la presencia de masas palpables en una etapa lo más temprana posible. Una persona con un adecuado entrenamiento en este examen es capaz de identificar tumores palpables, incluso con medidas un poco mayores a 1 cm. Cualquier hallazgo significativo deberá ser evaluado adicionalmente con estudios de mamografía o ecografía, de acuerdo con la recomendación del médico (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 12).

El examen se realiza mediante la inspección y la palpación adecuada y completa de la mama, incluyendo las axilas. Se recomienda que las mujeres mayores de 20 años se realicen un examen clínico de la mama por lo menos cada tres años, y que una vez lleguen a los 40 años, aumenten la frecuencia del examen una vez al año. Si es necesario, el médico le debe ofrecer la realización de exámenes complementarios, como la mamografía, el ultrasonido, imágenes de resonancia magnética (RM), la biopsia con aguja dirigida por ecografía (para detectar compromiso de los ganglios linfáticos) o pruebas de receptores de estrógeno y progesterona (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 12).

El examen más usado es la mamografía, una radiografía de la mama que permite evaluar la presencia de enfermedades dentro de la mama, aun antes de producir síntomas. Ha sido una estrategia muy útil para el diagnóstico precoz de cáncer de mama, hasta el punto que ha logrado disminuir el riesgo de muerte por la enfermedad hasta en un 25%. A pesar de la incomodidad manifestada por algunas mujeres durante la realización del examen, la mamografía es un estudio bastante seguro (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 12).

Los canceres pueden clasificarse en no invasivos o invasivos.

Cánceres no invasivos o carcinoma in situ

Son aquellos que se encuentran en etapa temprana, se localizan en los conductos mamilares o en los lóbulos, y no se han extendido alrededor de la mama o a otras partes del cuerpo. Hay dos tipos de cáncer de mama in situ:

- Carcinoma lobular in situ (CLIS): se desarrolla en los lóbulos y no crece a través de las paredes de los lóbulos

Carcinoma ductal in situ (CDIS): se desarrolla en los conductos mamarios, sin que se extienda fuera de sus paredes. Este cáncer es el más común de los cánceres no invasivos y puede ser tratado con cirugía, radioterapia o terapia hormonal (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 13).

Si los cánceres no invasivos no se tratan de forma inmediata y adecuada, con el tiempo se corre el riesgo de que se expandan y se conviertan en cánceres invasivos (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 13).

Cánceres invasivos o infiltrantes

Se dice que el cáncer es invasivo cuando se ha extendido más allá de donde comenzó y al tejido sano de la mama. Puede extenderse a los ganglios linfáticos (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 14).

Carcinoma ductal invasivo

Comienza en los conductos mamarios, pero luego invade los tejidos que están alrededor (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 14).

Carcinoma lobular invasivo Comienza en los lóbulos, pero se extiende fuera de ellos e invade otros tejidos de la mama. Durante los exámenes es posible que se realicen pruebas de receptores de estrógeno y progesterona. Esto se debe a que dichas hormonas, producidas por el cuerpo de la mujer y que ayudan al crecimiento normal del tejido de la mama, también pueden estar presentes en el tumor (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 14).

Cuando en la prueba se encuentra que el tumor tiene receptores de estrógenos y/o progesterona, se dice que es un tumor receptor hormonal positivo (ER-positivo). Este tipo de cáncer puede tratarse con terapia hormonal o endocrina, la cual bloquea los efectos de estas hormonas y detiene el crecimiento del tumor. Las células del cáncer también pueden contener una cantidad grande de proteínas HER2 encargadas de que las células crezcan y se dividan. Si la prueba resulta positiva para esta proteína, se dice que ese cáncer tiene un estado HER2-positivo. Estos cánceres tienen un rápido crecimiento (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 14).

Etapas del cáncer

El cáncer de mama puede pasar por etapas muy tempranas, donde es más probable que sea tratado de forma adecuada, pero si no se presta atención, puede avanzar y extenderse a otras partes del cuerpo.

Para saber en qué etapa se encuentra el cáncer de mama, Usualmente se utiliza el sistema de clasificación TNM:

- T (tumor): Tamaño del tumor.
- N (ganglios): Extensión del cáncer a los ganglios linfáticos.
- M (metástasis): Extensión del cáncer a otros tejidos u órganos (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 14).

A cada una de estas categorías se le asigna un número que indica el grado de alcance del cáncer.

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS
Etapa 0	Carcinoma ductal *in situ* (CDIS) es su etapa más temprana, aún se encuentra en los conductos o lóbulos.
Etapa I	El tumor mide 2 cm de diámetro o menos, pero no se ha extendido a los ganglios linfáticos.
Etapa II (A y B)	En ocasiones no hay masa palpable en la mama. Pero en esta etapa puede haber un tumor que mida menos de 2 cm, entre 2 y 5 cm, o más de 5 cm. También es posible que en esta etapa el cáncer haya invadido los ganglios linfáticos de la axila.
Etapa III (A, B y C)	Pueden ocurrir las siguientes situaciones: en la mama, es posible que no haya masa palpable, pero sí que exista un tumor que mida menos de 2 cm hasta un tumor que mida más de 5 cm. Cuando esta etapa se encuentra avanzada, es posible que el cáncer se haya expandido a la pared del pecho y sea diagnosticado como cáncer inflamatorio. En la etapa III hay un mayor compromiso de los ganglios linfáticos de la axila que están unidos entre sí o de los ganglios que están cerca al esternón. Al avanzar en esta etapa, el cáncer puede haber invadido los ganglios linfáticos que están encima y debajo de la clavícula. En esta etapa el cáncer no se ha expandido a otras partes del cuerpo.
Etapa IV	El cáncer ha invadido otros órganos, como los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 14.

9.2.2. Tratamiento

Por lo general, la cirugía es la primera opción de tratamiento para el cáncer de mama, pues permite extraer el tumor y observar si existen ganglios linfáticos comprometidos. Así se podrá manejar mejor la enfermedad. Es posible que antes de la cirugía usted reciba tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia, para reducir el tamaño del tumor y facilitar la remoción con la cirugía (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 15).

También se pueden aplicar estos tratamientos después de la cirugía para eliminar las células cancerígenas que hayan quedado y disminuir el riesgo de que el cáncer reaparezca (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 16).

Existen varios tipos de cirugía, dependiendo del tipo de cáncer y de su evolución, expuestos a continuación.

Tipos de cirugía

Cirugía conservadora de la mama

Solo se remueve el tumor y una pequeña cantidad de tejido mamario alrededor de este, y en ocasiones los ganglios linfáticos de la axila (resección axilar). Esta cirugía también se conoce como tumorectomía o resección local amplia. Se realiza en etapas tempranas del cáncer de mama y pueden ser necesarias sesiones de radioterapia después de la cirugía. Su ventaja es que puede preservar la apariencia de la mama (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 16).

No son aptos para recibir este tratamiento:

- Mujeres que han tenido radioterapia antes en la mama o pecho.
- Puedo presentar anormalidades sospechosas o aparentemente malignas que se han extendido en toda la mama.
- Hay múltiples tumores que no pueden ser removidos con una sola operación.
- Una o varias tumorectomías previas, pero el cáncer no se ha removido y el seno no tiene una buena apariencia.
- Alguna enfermedad del tejido conectivo que involucra la piel (escleroderma o lupus), hace más sensible a los efectos de la radioterapia.
- Mujer embarazada y puede necesitar radioterapia.

Existencia de un tumor de más de 5 cm que no puede reducirse con tratamiento antes de la cirugía (Guía de Práctica clínica (GPC) para la

detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 16).

Mastectomía Es una cirugía que remueve la totalidad de la mama, incluyendo la piel, la grasa y el pezón. Se hace en caso de que no exista suficiente tejido mamario sano para hacer una cirugía conservadora de mama. Sin embargo, hay algunos factores que pueden influir en su decisión y que sería pertinente discutir con el médico para que se tomen las decisiones de manera conjunta:

- Sus creencias personales sobre la pérdida de una mama.
- El tiempo y los recorridos que debe hacer para las sesiones de radioterapia.
- Si se requieren más cirugías después de la mastectomía.

Preferir la mastectomía, como si "quisiera quitarlo todo lo más rápido posible" (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 16).

Cirugía de ganglios linfáticos

En un principio se puede realizar un examen llamado biopsia de ganglios linfáticos centinela, si se sospecha que el cáncer se ha expandido a los ganglios linfáticos que se encuentran en la axila. Los primeros que se pueden afectar son los ganglios centinela, pues por medio de ellos se drena el seno. Una vez que se ha encontrado cáncer en los ganglios linfáticos, se puede hacer un procedimiento llamado disección de ganglios linfáticos axilares, el cual remueve una sección o la totalidad del tejido que contiene los ganglios (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 17).

Reconstrucción de la mama

Es posible que después de una mastectomía, usted considere hacerse una reconstrucción de la mama para que tenga una apariencia más normal. La reconstrucción de la mama se puede hacer al mismo tiempo que se hace la mastectomía (reconstrucción inmediata) o posteriormente. El cirujano podrá usar implantes mamarios o tejidos de otra parte del cuerpo (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 17).

Para hacer la reconstrucción se tienen en cuenta sus preferencias personales, el tamaño y la forma de su busto, el tamaño y la forma de su cuerpo, el nivel de ejercicio físico, su situación médica y si necesita quimioterapia o radioterapia (Guía de Práctica clínica (GPC) para la

detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 17).

Tipos de tratamiento

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento que utiliza medicamentos que atacan las células cancerígenas y evita que estas se dividan. Dichos tratamiento sera supervisado y administrado por el profesional de enfermería especialista en oncología o profesional de enfermería con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia igualmente apoyado por auxiliares de enfermería con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia y químico farmacéutico con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia. Se puede usar antes de un tratamiento como la cirugía o la radioterpia para dismimunir el tamaño del tumor y facilitar su remoción este tipo se llama neoadyuvancia. la quimioterpia se puede usar solo después de la cirugía, se dice que es tratamiento de adyuvancia. Sin embargo, este tratamiento también puede tener efectos secundarios, como cansancio, náuseas o vómito, caída del cabello, pérdida de apetito y mayor propensión a las infecciones (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 17).

Radioterapia

La radioterapia utiliza rayos de alta energía para eliminar las células cancerígenas desde adentro, previniendo que crezcan. Aunque destruye el tejido que tiene cáncer, también puede afectar tejidos sanos cercanos (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 17).

En la radioterapia externa, los rayos son producidos por una máquina desde afuera del cuerpo y son dirigidos a donde está el tumor; la braquiterapia consiste en poner materiales radioactivos dentro o cerca del lugar donde está el tumor. Puedo recibir radioterapia solamente sobre la mama si:

- Presencia de cáncer de mama temprano invasivo y he tenido cirugía conservadora de mama.
- Carcinoma ductal in situ (CDIS), con cirugía conservadora de mama, pero hay riesgo de que el cáncer regrese.

Radioterapia sobre la pared torácica (pecho) si:

- Cáncer de mama temprano invasivo, mastectomía previa y riesgo de que el cáncer regrese al mismo lugar.

No se es apto para este tratamiento si tengo bajo riesgo de que el cáncer regrese a ese lugar (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección

temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 18).

Radioterapia sobre los ganglios linfáticos si:

- Ninguna cirugía previa.
- Cirugía previa, pero todavía con cáncer en los ganglios linfáticos.

Terapia endocrina u hormonoterapia

Cuando se encuentra que el cáncer tiene receptores de estrógeno y/o progesterona positivos (ER-positivo), se puede iniciar tratamiento con terapia hormonal. Este ayuda a bloquear el efecto del estrógeno o reducir sus niveles para no dejar que crezca el tumor. Se pueden dar después de la cirugía y de la quimioterapia para prevenir que el cáncer reaparezca (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 18).

- **Drogas antiestrógeno:** el tamoxifeno es un medicamento que bloquea los efectos del estrógeno. Puede usarse en pacientes que no han llegado a la menopausia y también en pacientes con cáncer de mama metastásico. Este medicamento puede producir algunos efectos secundarios, como calores, flujo vaginal y cambios de humor. Rara vez se presenta cáncer de endometrio y coágulos sanguíneos (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 18).
- **Inhibidores de la aromatasa:** estos medicamentos ayudan a disminuir los niveles de estrógenos y se recomiendan en mujeres posmenopáusicas. Tienen pocos efectos secundarios, como calores y dolor articular, pero también se pueden presentar osteoporosis y fracturas, porque se está removiendo todo el estrógeno (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 18).
- **Ablación ovárica:** es un procedimiento que remueve los ovarios, pues son los principales productores de estrógenos. Es un tratamiento que se usa en mujeres premenopaúsicas que tienen cáncer positivo para estrógenos (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 18).

Es importante que cuando se inicien estas terapias no se suspendan en ningún momento, pues son más efectivas cuando se toman por largo tiempo (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 18)

Efectos secundarios durante el tratamiento

Una vez se ha tomado la decisión sobre qué tratamiento va a seguir, usted debe saber cuáles son los efectos secundarios que se pueden presentar. La mayoría son transitorios, y puede recibir asesoría sobre cómo manejarlos (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 19).

Tratamiento	Efectos secundarios
Quimioterapia	Pérdida de apetito. Cansancio. Caída del cabello. Aparición de placas o úlceras en la boca. Cambios en los ciclos menstruales (o interrupción, o síntomas menopáusicos). Problemas de fertilidad. Náuseas y vómito. Sangrado y/o hematomas después de leves golpes o sin alguna otra causa. Disminución de glóbulos blancos, lo cual produce infecciones o fiebre. Problemas cardiacos.
Radioterapia	Hinchazón y endurecimiento de la mama. Sensibilidad y piel con apariencia bronceada o quemada por el sol. Cansancio. Náuseas. Diarrea.
Terapia hormonal	Sofocos. Debilidad en los huesos. Dolor en las articulaciones. Ligero aumento del riesgo de sufrir coágulos de sangre y cáncer de útero.
Cirugía	Cuando se realiza la cirugía de ganglios linfáticos pueden aparecer algunos de estos efectos secundarios: Adormecimiento temporal o permanente de la piel del interior del brazo. Limitación temporal de los movimientos del brazo y del hombro. Linfedema: es la inflamación de la mama, y sobre todo del brazo, por la acumulación de fluidos. Puede ser difícil mover el brazo y ser incómodo y a veces doloroso, pero no llega a incapacitar. Aparece después de la cirugía o unos años después.

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 19.

Es importante que durante el tratamiento asista a asesorías psicológicas o consulte grupos de apoyo para pacientes con cáncer de mama (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 20).

Cada persona construye su propia idea sobre cómo es su cuerpo, lo que se llama imagen corporal. En las mujeres con cáncer de mama que han pasado por una cirugía conservadora o una mastectomía, su imagen corporal se ve "fracturada", pues está ya no coincide con los cambios que ha sufrido su cuerpo. La idea de perder un seno hace sentir a algunas mujeres a que "ya no se sientan tan mujeres", y se pueden aislar. La caída del cabello o el aumento de peso también pueden afectar su imagen corporal y su autoestima (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 19).

Por eso, es importante que durante el tratamiento asista a asesorías con psicología o consultar grupos de apoyo para pacientes con cáncer de mama.

Información y recomendaciones durante el tratamiento

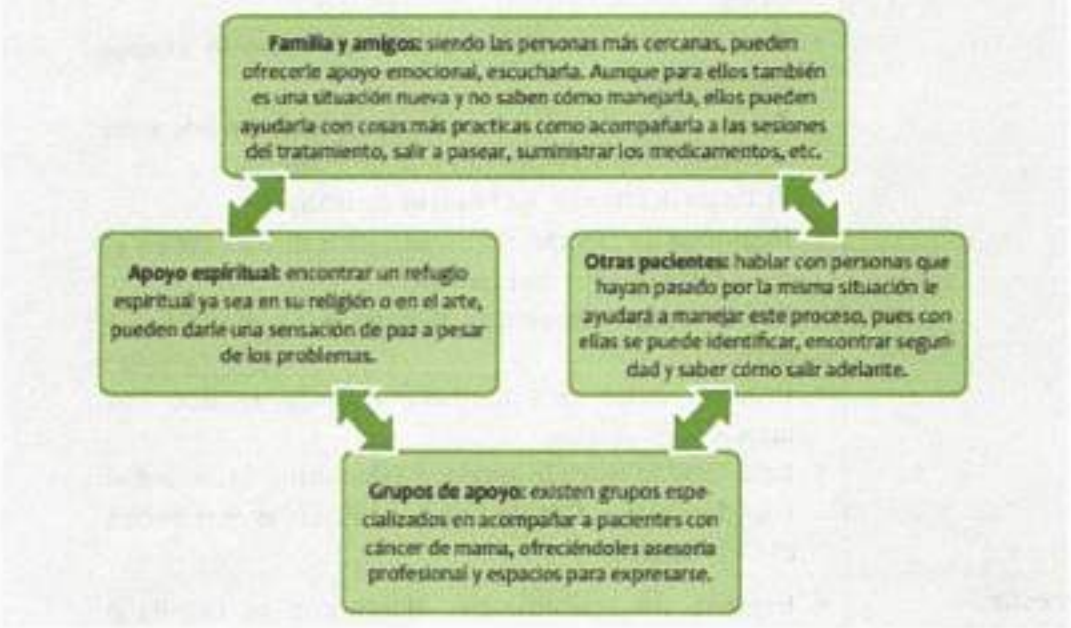
Antes de iniciar su tratamiento, es recomendable que la paciente reciba información sobre el tratamiento y cuáles son sus beneficios y riesgos. Así poder asumir un papel más activo en el manejo de la enfermedad y de los efectos secundarios del tratamiento (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 19).

EN EL TRATAMIENTO SERÁ NECESARIO QUE:	
Alimentación	• Mantenga una buena alimentación, balanceada y rica en frutas, verduras y cereales. Coma alimentos que le proporcionen las vitaminas y minerales necesarios para tener energía. • Consuma varios líquidos durante el día, al igual que jugos y aromáticas. Evite consumir café en gran cantidad. • Evite consumir alcohol y fumar. • Reduzca las grasas en las comidas. • Puede consumir productos lácteos, como el yogurt y el queso, pues estos son fuentes de calcio; sin embargo, si presenta diarrea, suspéndalos mientras está en el tratamiento. • Consuma las tres comidas principales del día (desayuno, almuerzo y comida). Si tiene poco apetito, procure comer pequeñas cantidades. • Si siente náuseas durante el tratamiento, es recomendable que no coma demasiado antes de este. También espere al menos dos horas después del tratamiento. • Consulte con el nutricionista sobre qué otras recomendaciones debe seguir en su alimentación durante el tratamiento.

Actividad física y del diario vivir	• Puede realizar ejercicio físico dependiendo de su estado de salud, y de forma moderada. Pregunte a su médico sobre qué programa de ejercicio puede seguir y si puede consulte con el servicio de terapia física. • Organice sus actividades diarias de acuerdo a como se sienta. • Pídale a su familia o amigos que le ayuden en actividades que requieran mucho esfuerzo. • Trate de acomodar su horario de trabajo. • Disponga de tiempo suficiente para descansar en el día y para dormir en la noche. • Puede hacer caminatas diarias para mantenerse activa. • Procure estar acompañada cuando realice sus actividades diarias. • La actividad física le ayudará a disminuir la ansiedad y la depresión, fortalecerá sus músculos y reducirá el cansancio.
Bienestar psicológico	• Exprese sus sentimientos. Hable con su familia o personas con quienes tenga confianza, sobre sus temores. No se encierre en sí misma. • Realice caminatas para distraer su mente. • Haga actividades de su agrado: escuche música que la anime, lea algún libro, baile, visite e invite a amigos y familiares, realice manualidades. • Puede encontrar refugio espiritual en la meditación, la oración o realizando alguna actividad artística. • Exprese sus dudas a su equipo médico. • Si es posible, hable con pacientes que ya hayan pasado por ese tratamiento y pregúnteles cómo han superado esta situación.

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, págs. 21,22.

Existen varias fuentes de apoyo alrededor suyo, como su familia, amigos, centros religiosos y artísticos, y el equipo médico. Lo más importante es que usted reconozca que no está sola y que solicitar ayuda no es signo de debilidad. Puede recibir apoyo psicológico, social, espiritual y práctico (Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, pág. 22).



Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, págs. 23.

9.3. Detección temprana de cáncer de próstata.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; realizara la orden de egreso y plan de cuidado para promover y mantener la salud integral a todo paciente adulto y del adulto mayor en la realización del tacto rectal y la Orden de PSA (cuantitativo) de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata y realizara las actividades de prevención terciaria (Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y Paliación) conforme a la Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata Guía No. GPC-2013-21.

Objetivos

Detectar el cáncer de próstata en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de oportunidad, ajustadas a la edad del hombre (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

Población sujeta

Hombres entre 50 años y 75 años.

Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Realización de tacto rectal.
- Orden de PSA (cuantitativo).
- Gestión y entrega de resultados.
- Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer de próstata según hallazgos clínicos o factores de riesgo identificados en el paciente (Resolución 3280, 2018, pág. 175).}

Talento humano

Profesional en medicina general entrenado o médico especialista en urología (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

Descripción del procedimiento

Realizar la evaluación clínica e identificación de factores de riesgo y síntomas individuales relacionados con el desarrollo del cáncer de próstata, con el fin de determinar si hay riesgo y/o sospecha de enfermedad y determinar la conducta a seguir (tamización o proceder con el diagnóstico según hallazgos) (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

Informar los procedimientos a realizar y posible malestar que genera el tacto rectal (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

Informar las conductas a seguir según los resultados de las pruebas de tamización (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

Entregar a los hombres carnet que incluya: fecha de tamización, profesional que realiza este procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de próstata y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la tamización: fecha del tacto rectal, fecha del informe de la PSA, resultados del tacto rectal, y del PSA (Resolución 3280, 2018, pág. 175).

Procedimientos de tamización de cáncer de próstata

Hombres entre 50 y 75 años: Examen clínico de la próstata (tacto rectal) cada cinco (5) años; o en mayores de 40 años con factores de riesgo (antecedentes familiares o que sean de raza negra) (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

Hombres entre 50 y 75 años: Antígeno prostático en sangre y la realización del tacto rectal por parte del profesional en medicina general entrenado, con una frecuencia de cada cinco (5) años y previa explicación de los potenciales riesgos y beneficios para el paciente, promoviendo una toma de decisiones concertada (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

Nota: En los hombres susceptibles de tamización, se debe solicitar el antígeno prostático específico (PSA), para que cuando asista a la consulta de medicina general ya esté disponible el resultado y se proceda a la realización del tacto rectal. Si la entrada es por la consulta de medicina general, primero se realizará el tacto rectal y se solicitará el PSA, el cual se debe realizar después de 10 días de realizado el tacto rectal, agendando la toma de la muestra y la consulta para la entrega y lectura de los resultados (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

Nota: En aquellos hombres con identificación de factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de próstata en concordancia con los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica para cáncer de próstata y las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

Si los resultados de los dos exámenes son normales: se comunicarán estos resultados al usuario y se fijarán los controles a seguir (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

Si el resultado **del antígeno prostático es anormal,** pero el tacto rectal es normal se repetirá un nuevo antígeno prostático en el curso de los siguientes meses, si persiste elevado se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

Si el resultado del **tacto rectal es anormal** se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

En pacientes con resultados anormales en la biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta integral de atención en salud para la

población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo para cáncer de próstata.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Procedimientos de tamización, en especial en la realización del tacto rectal y la necesidad de hacerlo combinado con el PSA cuantitativo.
- Condiciones físicas para la toma del PSA.
- Conductas según resultados de la tamización. Resultados de las pruebas de tamización son positivas, es necesario realizar pruebas confirmatorias. (Resolución 3280, 2018, pág. 176).

La realización de las actividades de asesoría, educación e información se debe registrar en la historia clínica y en los registros administrativos vigentes (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

Plan de cuidado

a. Brindar asesoría sobre el resultado e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.
b. Registrar en historia clínica el resultado anormal.
c. Registrar resultados y observaciones en el carné (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

Gestión para la tamización de cáncer de próstata

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con PSA (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la PSA.
- Registrar en el sistema de información del programa y en los registros administrativos vigentes: la fecha de toma de la muestra de PSA, la fecha del resultado de la PSA, el resultado de la PSA, la fecha de recepción del informe, los valores de referencia de la prueba según la casa comercial

del kit, el valor cuantificado del PSA en mg/d, fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado.

- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de PSA.
- Registrar en historia clínica el resultado normal de la PSA y anotar la fecha de la siguiente tamización (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Laboratorio clínico, consulta de medicina general, medicina familiar, urología o enfermería; el laboratorio clínico debe contar con los insumos para generar el reporte cuantitativo de la PSA (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

Así mismo, se debe contar con un espacio que propicie la privacidad del hombre para la realización del tacto rectal, guantes de látex, bata desechable, lubricante de uso médico con o sin anestésico local (vaselina, aceite mineral, lidocaína jalea) (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

Finalmente, disponer de material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de próstata (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

9.3.1. Diagnostico

- El diagnóstico del cáncer de próstata se realiza por medio de una **biopsia.** Dicho examen puede estar recomendado cuando hay alteraciones en el tacto rectal o en el antígeno prostático (PSA). En Colombia, se recomienda ofrecer a los pacientes mayores de 50 años que consultan al médico los exámenes para la detección del cáncer de próstata (antígeno prostático y tacto rectal), incluso si acuden a consulta por otras causas. Este examen se puede realizar anualmente (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 19).

Tacto rectal

Se realiza en el consultorio médico, no requiere anestesia ni ninguna preparación en especial. Pretende evaluar algunas características de su próstata, como el tamaño y la dureza, lo cual puede ser determinado gracias a su cercanía al recto. No es un examen doloroso, puede ser ligeramente incómodo y puede ser tolerado por cualquier hombre en edad adulta (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico,

tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 19).

Antígeno prostático específico (PSA)

La medición de los niveles del antígeno prostático se hace en una muestra de sangre que se toma en el laboratorio. Es necesario realizar la toma del examen evitando cualquiera de las situaciones mencionadas a continuación, pues pueden alterar el examen:

- Infecciones en curso, como la prostatitis.
- Instrumentación reciente o biopsias previas de la próstata.
- Eyaculaciones recientes.

El antígeno prostático se considera normal cuando su valor según la edad es inferior a los rangos de referencia. El PSA es una proteína producida en la próstata, que no es única para cáncer, lo que significa que puede estar elevado en otras enfermedades de la próstata (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 20).

Es importante aclarar que se debe evaluar el comportamiento del valor del PSA de forma individual, acorde con la edad y las características de cada paciente. Por esto, es importante que la determinación de si un antígeno está en un nivel anormal sea realizada por un médico. En ocasiones existen dudas sobre un nivel de antígeno anormal, en esos casos el médico requiere repetir el examen no más allá de los siguientes seis meses (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 20).

RANGOS DE NORMALIDAD PARA EL PSA AJUSTADO POR LA EDAD	
EDAD (AÑOS)	PSA NORMAL
40-49	0-2,5 ng/mL
50-59	0-3,5 ng/mL
60-69	0-4,5 ng/mL
70-79	0-6,5 ng/mL

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, 2013, págs. 23.

Otra utilidad del PSA es servir como herramienta para evaluar la respuesta a los tratamientos instaurados en pacientes con cáncer de próstata; por eso, si usted ha sido diagnosticado con cáncer de próstata se le hará seguimiento con este examen con una frecuencia que establecerá su

médico tratante (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 20).

Biopsia

Cuando con base en el resultado del PSA y del tacto rectal se concluye que se debe practicar una biopsia, esta se realiza por vía rectal, o sea, a través del recto. La ecografía transrectal permite al urólogo escoger los lugares de la próstata donde pueden ser tomadas las muestras. Se deben tomar entre 10 y 12 muestras, que luego se envían a patología. Una vez estudiadas dichas muestras se podrá hacer el diagnóstico del cáncer de próstata. Este examen es un procedimiento ambulatorio, incómodo, pero no muy doloroso, y es fundamental para descartar un cáncer de próstata. El procedimiento requiere una preparación especial, que le debe ser explicada antes de iniciarlo (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 21).

Es importante tener en cuenta que después del procedimiento es normal tener dolor en la región perineal, algo de sangre en la orina, el semen o la materia fecal. No es normal la presencia de fiebre o sangrado abundante; si este se presenta, debe consultar urgentemente a su médico. Si se presenta una infección posterior a la biopsia, la cual no suele ser frecuente, se requiere un manejo rápido con antibióticos, pues es una situación delicada (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 21).

Respecto a los resultados de la biopsia, la primera pregunta sería: si son negativos los resultados, ¿esto implica que no tengo cáncer de próstata? La respuesta es no. La biopsia toma unas muestras de la próstata con las cuales se puede diagnosticar hasta el 75% de los casos cuando es tomada correctamente. Si aún persiste alguna duda por el comportamiento del PSA o los hallazgos del tacto rectal, se debe practicar una segunda biopsia, con las cuales se llega a diagnosticar hasta el 90% de los casos. Lo ideal es que se tomen no menos de diez muestras, pues esto mejora de manera sustancial la posibilidad de hacer un diagnóstico. Se recomienda hacer la biopsia con anestesia para así permitir tomar un número adecuado de muestras (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 20).

Después de establecer el diagnóstico de cáncer de próstata mediante la biopsia, la siguiente pregunta es ¿qué tan peligrosa es mi enfermedad? El patólogo utiliza una medida que se denomina **escala de Gleason,** la cual clasifica el grado de severidad de los cambios hallados en las muestras

recibidas. Esto es fundamental, pues de acuerdo con la severidad de los cambios se establece qué tan agresivo es el tumor y se puede orientar la decisión sobre el tratamiento (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 21).

Se tiene una escala que va del grado 1 (menor alteración respecto a las células normales) al grado 5 (mayor alteración respecto a las células normales). El patólogo, de acuerdo con esta escala, clasifica los dos patrones más frecuentes; así, el menor valor posible es 2 (1 + 1) y el mayor, 10 (5 + 5). El orden de la clasificación es importante, es más grave un 4 + 3 (la mayoría de las células encontradas tienen alteraciones más severas) que un 3 + 4 (la mayoría de las células encontradas tienen alteraciones menos severas) (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 21).

Evaluación de la extensión de la enfermedad

El cáncer de próstata existe diversos exámenes que pueden dar información de puntos específicos que en un momento determinado podrían estar comprometidos por la enfermedad. Ejemplos de estos exámenes son:

- Tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica: es un examen de radiología que requiere la aplicación de una sustancia en la sangre, llamada medio de contraste, que ayuda a ver mejor los órganos del cuerpo. Esta imagen permite visualizar la próstata y los órganos internos del abdomen y la pelvis, con el fin de detectar la presencia de órganos vecinos a la próstata o ganglios linfáticos comprometidos por el tumor. Desafortunadamente no detecta lesiones pequeñas, pero es de gran utilidad si se va a practicar tratamiento con radioterapia (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 22).
- Gammagrafía ósea: el objetivo de este examen es saber si hay extensión del tumor a los huesos. Se realiza administrando en la vena de uno de los brazos una sustancia que se fija en los huesos y dos horas después puede ser vista en una imagen. Esta sustancia se fija en zonas donde hay producción de hueso nuevo. Es útil para encontrar metástasis grandes, pero no detecta sitios donde hay pocas células cancerosas. Es muy inusual encontrar metástasis en huesos cuando el PSA es menor de 10 ng/ml. Es importante mencionar que, si hay artritis u otras enfermedades inflamatorias de huesos y articulaciones, estas se evidenciarán en el examen (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 22).

- Resonancia magnética nuclear (RMN, o MRI por sus siglas en inglés): puede detectar si la lesión ha comprometido los tejidos cercanos a la próstata y los ganglios linfáticos vecinos. Es un examen que no requiere la administración de ninguna sustancia, se debe mantener una posición inmóvil durante un tiempo. Este examen se utiliza para planear la radioterapia o para detectar lesiones por la enfermedad cuando hay recurrencia del cáncer después de remover la próstata (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 22).
- Pronóstico (gravedad de la enfermedad): para tener una idea del pronóstico o gravedad de la enfermedad en cada caso particular se combinan los hallazgos del antígeno (PSA), de la clasificación de Gleason y del TNM (T: tumor de la próstata; N: ganglios linfáticos cercanos a la próstata; M: presencia de metástasis), con el fin de establecer si el cáncer está solo en la próstata o fuera de ella, y evaluar la posibilidad de estar libre de la enfermedad en diez años (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 22).

Talento humano

Médico general

Es el profesional en medicina con quien usted tiene el primer contacto, y es quien le puede ofrecer el examen de sangre para medir el PSA e incluso practicarle el examen rectal; si alguno de estos exámenes es anormal, lo remitirá al especialista. Una vez usted ha sido tratado, el médico general puede continuar su seguimiento, de acuerdo con las indicaciones del especialista (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 23).

Médico urólogo

Es el médico especialista en los órganos sexuales masculinos. Es el primer especialista al que usted será remitido si su PSA o examen rectal son anormales. El urólogo **diagnostica el cáncer de próstata con el resultado patológico de la biopsia**, y evalúa con el paciente y su familia el tratamiento apropiado según su caso y el estado de la enfermedad; probablemente es quien realizará la cirugía (prostatectomía) o formulará el tratamiento hormonal. Si se requiere radioterapia o quimioterapia, el urólogo será quien lo remita al médico radioterapeuta o al médico oncólogo, según sea el caso. El urólogo estará involucrado en el seguimiento durante el curso de su enfermedad y manejo (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección

temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 23).

Médico oncólogo radioterápico

Es el médico especialista en radioterapia (tratamiento con irradiación). Si se ha determinado que su tratamiento debe ser la radioterapia, será este el médico encargado de decidir cómo será aplicada para tratar la enfermedad o en la progresión del cáncer, por ejemplo, en el manejo de las metástasis óseas (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 23).

Médico oncólogo clínico

Es un médico especialista en el manejo del cáncer usando la quimioterapia. Este médico solo lo verá y tratará si el cáncer de próstata se encuentra en un estado avanzado (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 23).

Enfermera oncóloga

Es la enfermera especialista o con experiencia en el manejo del cáncer; ella acompañará, al paciente y la familia, durante el tratamiento y manejo de la enfermedad. La enfermera podrá resolver las inquietudes que tenga acerca del tratamiento y los posibles efectos secundarios. Será la persona que lo apoye directamente y le dé las recomendaciones para el manejo de los efectos secundarios de cada uno de los tratamientos, el manejo de las complicaciones que puedan presentarse en la enfermedad avanzada y la preparación para exámenes o procedimientos que le vayan a ser practicados (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 23).

la enfermera oncóloga será la encargada de la aplicación del tratamiento. **Grupo de cuidado paliativo**

Es un equipo de especialistas, como anestesiólogo, enfermera, trabajador social y psicólogo, con experiencia en el manejo del dolor y control de síntomas, particularmente en personas con cáncer avanzado. Este equipo trabajará muy de cerca el paciente y su familia en el manejo de los síntomas físicos, psicológicos y necesidades espirituales. Usted será remitido a este grupo si el dolor u otros síntomas, por su complejidad y severidad, afectan su calidad de vida (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 24).

Patólogo

Es el médico especialista que estudia los tejidos y fluidos del cuerpo humano para evaluar el estado y la agresividad de cada cáncer. La muestra

de tejido que toma el urólogo en la biopsia es enviada al patólogo para su estudio; con estos resultados su urólogo puede decirle el estado de su cáncer (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 25).

Profesionales de Apoyo:

Psicología, Trabajador social, Nutrición, Terapia Ocupacional, Fisioterapia.

9.3.2. **Tratamiento**

Existen varias consideraciones que se deben tener en cuenta antes de definir la estrategia de manejo para un paciente con cáncer de próstata. Es importante tener claro que la patología tumoral maligna por sí misma implica un riesgo para la salud y la vida de quien lo padece; por consiguiente, todas las conductas deben ir encaminadas a minimizar este riesgo (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 25).

Por otro lado, no todos los tumores malignos de la próstata tienen el mismo comportamiento biológico, es decir, su capacidad de hacer daño al paciente puede variar, y no tenemos herramientas precisas en la actualidad que nos permitan predecir este comportamiento. Para aproximarnos a su posible comportamiento, usamos herramientas basadas en características como los síntomas de la enfermedad, el valor del antígeno prostático específico, el estadio clínico y las características patológicas del tumor, dadas por una calificación de Gleason. Estas características de alguna forma, no del todo exacta, predicen la agresividad de la enfermedad, y su urólogo deberá tenerlas muy en cuenta antes de proponerle un tratamiento (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 26).

Además de las características del tumor, hay situaciones propias de cada paciente que definen la necesidad y el tipo de tratamiento por ofrecer. La más importante es la expectativa de vida al momento de hacer el diagnóstico; dado que el cáncer de próstata es una enfermedad de evolución y progresión lentas, asociada con la edad, se ha definido que quien tiene una expectativa de vida menor de diez años tiene poca probabilidad de morir por cáncer de próstata, y esta consideración es fundamental a la hora de tomar un tratamiento específico. Se trata, pues, de ofrecer el tratamiento más adecuado, para afectar de la menor manera posible la calidad de vida de la persona, buscar algunas veces la curación y otras veces detener la progresión de la enfermedad el tiempo que sea necesario para que el paciente no tenga síntomas, la enfermedad no progrese o el paciente no

muera por esta (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 26).

En ese orden de ideas, existen tumores de próstata que es mejor que no sean diagnosticados, especialmente en pacientes mayores sin síntomas, cuya expectativa de vida es menor de diez años y que, por tanto, no se beneficiarían de tratamientos específicos. Cuando sean diagnosticados, en este grupo de pacientes plantearemos la posibilidad de no iniciar ninguna terapia y solo se pensará en esta si la enfermedad progresa o se hace sintomática, y la intención de la terapia se encamina en mejorar los síntomas, no en curar la enfermedad (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 26).

De lo anterior se deduce que, si usted es una persona con expectativa de vida superior a los diez años, tiene síntomas o una enfermedad calificada como de riesgo intermedio o alto para progresión debe recibir tratamiento, cuya intención curativa o paliativa (tratar los síntomas o complicaciones) debe ser discutida con su urólogo y teniendo siempre presente sus preferencias (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 26).

Es importante aclarar que, si se padece una enfermedad de bajo riesgo y no tiene síntomas, tiene la opción de diferir el tratamiento; es decir, no necesariamente tiene que ser tratado inmediatamente, ya que existen esquemas de seguimiento vigilados y confiables que le permiten llevar una vida de alta calidad el mayor tiempo posible antes de ser sometido a un tratamiento definitivo con intención curativa (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs. 26).

Existen diversas alternativas para manejar el cáncer de próstata, el urólogo definira la intención de tratamiento y sera supervisado y administrado por el profesional de enfermería especialista en oncología o profesional de enfermería con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia igualmente apoyado por auxiliares de enfermería y químico farmfamacéutico con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia. (Guía de practica clinica (GPC) para la detección temprana, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, págs 26,27)

Opciones de manejo que son aceptadas para el manejo de cáncer de próstata con intención curativa (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 27).

Vigilancia activa

Significa que, dadas las características de bajo riesgo de su enfermedad, no es estrictamente necesario tratarlo una vez hecho el diagnóstico. Esto quiere decir que su tratamiento definitivo con intención curativa puede ser pospuesto hasta el punto en que se determine la progresión de la enfermedad. Se debe incluir en un protocolo de vigilancia activa se debe cumplir de manera estricta un esquema de seguimiento, que incluye la repetición de la biopsia inicial, examen de antígeno prostático inicialmente cada tres meses, examen físico incluyendo tacto rectal cada tres meses y seguramente biopsia prostática cada año. Es una estrategia de manejo inicial que requiere una alta responsabilidad del paciente para su autocuidado y una alta accesibilidad al servicio de salud disponible para no alterar el seguimiento, del cual depende el éxito de esta opción. Con esta modalidad de manejo diferido se pretende prolongar el tiempo de calidad de vida que se compromete con los diferentes tratamientos definitivos, sin poner en riesgo la posibilidad de curación de su enfermedad (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 27).

Prostatectomía radical

Consiste en la remoción o extracción completa de la próstata en conjunto con las vesículas seminales, pequeñas glándulas unidas a la próstata y lugar frecuente de extensión del cáncer de próstata. Esta cirugía se puede realizar de diferentes formas, la más común es la prostatectomía abierta retropúbica, que se realiza a través de una incisión de aproximadamente 10 cm del ombligo hacia abajo o transversa en el área púbica, la cual requiere un tiempo promedio de hospitalización de dos días y se realiza bajo anestesia general. Una alternativa es la prostatectomía laparoscópica asistida por robot, que, a diferencia de la anterior, se lleva a cabo a través de tres a cinco incisiones de menos de 2 cm, que facilitan la introducción de instrumentos que permiten remover la próstata por estas pequeñas incisiones. Al igual que la abierta, requiere anestesia y hospitalización para su realización (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 27).

El objetivo de la prostatectomía radical es la remoción completa de la próstata, lo cual implica que una vez retirada esta, se debe reconstruir la vía urinaria, que pierde su continuidad al ser extraída la próstata. Por esta razón, durante el postoperatorio inmediato usted deberá tener un sistema de drenaje de los líquidos extravasados al abdomen, que se retira antes de salir del hospital, y un catéter tubo o sonda urinaria que entra hasta el pene y va a la vejiga, y permite que la orina drene desde la vejiga al exterior, mientras los tejidos reconstruidos cicatrizan adecuadamente. Este catéter permanece

puesto entre 7 y 18 días, dependiendo de la técnica quirúrgica, por lo cual será dado de alta con este catéter urinario y se le retirará en consulta posteriormente (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 27).

La prostatectomía, por sus características, es el tratamiento más agresivo para el cáncer de próstata y se considera el estándar contra el cual deben ser comparados los demás tratamientos, por cuanto es el que alcanza los mayores índices de curación. Si su enfermedad está limitada a la próstata, la posibilidad de recurrencia del cáncer a 15 años es menor del 30%. Si su enfermedad es de riesgo intermedio o alto, es probable que exista extensión de esta a los ganglios o tejido linfático de la pelvis; por ello, al mismo tiempo que se realiza la prostatectomía radical se debe realizar la remoción de este tejido linfático, procedimiento conocido como linfadenectomía pélvica. Hoy en día se considera que favorece las posibilidades de curación cuando se realiza adecuadamente (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 28).

Desafortunadamente, la prostatectomía radical puede dejar algunas secuelas en mayor o menor grado, las cuales debe conocer antes de escoger esta modalidad de tratamiento. Una vez removida la próstata, se pierde la eyaculación, es decir, durante las relaciones sexuales no habrá salida de semen, lo cual implica que será estéril. La erección perderá rigidez en mayor o menor proporción, y esto depende entre otras cosas de la calidad de su erección y edad actual, entre mayor sea su edad y más deteriorada esté su erección, la prostatectomía radical lo afectará aún más. Finalmente, una secuela que se presenta en menos del 10% de los pacientes es la pérdida involuntaria de orina o incontinencia relacionada con los esfuerzos, la mayoría de las veces es mínima, pero puede afectar de manera relevante su calidad de vida, ya que puede implicar el uso de protectores, pañales, y algunas veces cirugía y uso de medicamentos permanentemente (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 29).

La prostatectomía radical es una cirugía mayor y, por tanto, si su estado de salud general no es bueno, se expondrá a mayores complicaciones relacionadas con hemorragias, infecciones y lesiones de órganos vecinos, como el recto, las cuales pueden ser minimizadas por la experiencia del urólogo tratante; es decir, entre mayor sea la experiencia de su urólogo, habrá menor riesgo de este tipo de complicaciones (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 29)..

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer que usa rayos de alta energía para matar las células cancerosas en su próstata y evitar que se extiendan a otras partes del cuerpo. La radiación puede curar, detener o evitar que el cáncer de próstata crezca rápidamente; o reducir los síntomas, como el dolor, cuando no es posible curarlo. La radiación utilizada para el cáncer de próstata puede venir de máquinas especiales que mandan dosis fijas de radiación a su próstata desde afuera de su cuerpo (radioterapia externa), o de pequeñas semillas radioactivas que mandan dosis fijas de radiación a su cáncer de próstata desde adentro de su cuerpo (radioterapia interna o braquiterapia) (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 29).

A la mayoría de hombres que reciben radioterapia para el cáncer de próstata se les administra radioterapia externa, en la cual una máquina dirige los rayos de alta energía al cáncer de próstata y una pequeña cantidad a los tejidos sanos alrededor. La máquina más comúnmente utilizada para dar radioterapia externa se llama acelerador lineal; la radiación externa generalmente se le administra ambulatoriamente en sesiones que pueden ir en número de 30 a 40, según el caso (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 29).

Cuando se utiliza la radioterapia interna para tratar el cáncer de próstata, la fuente de radiación se pone dentro de su cuerpo. Este método de tratamiento se llama braquiterapia o implante de semillas, y consiste en poner unas semillas pequeñas en la próstata durante una operación, estas semillas son más pequeñas que un grano de arroz y están hechas de un material radioactivo. Las semillas dan una fuerte dosis de radiación al cáncer de próstata, destruyendo las células cancerosas y minimizando el daño a tejidos vecinos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 29).

La próstata y el cáncer de próstata han demostrado una alta sensibilidad a la radiación, por tanto, este se ha convertido en un tratamiento muy utilizado en estos casos. Sus tasas de curación a diez años alcanzan el 70% en pacientes adecuadamente seleccionados, tasas ligeramente menores cuando se comparan con la prostatectomía radical a 15 y 20 años. Para que se lleve a cabo con éxito se requiere además una adecuada selección del paciente, al igual que médicos radioterapeutas de alto entrenamiento, ya que su resultado depende en gran parte de estos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 31).

A diferencia de la cirugía, el paciente tratado con radioterapia conserva la próstata, y el objetivo del tratamiento es que no se desarrolle nuevamente tejido tumoral. Es importante reconocer que la radioterapia frente a la cirugía radical de próstata tiene grandes ventajas dadas por la inexistencia de los riesgos propios de una cirugía, como las hemorragias, las infecciones, las lesiones de otros órganos y la baja toxicidad en las vías urinarias, pero se debe tener claro que tiene riesgos propios, como la posibilidad baja pero evidente de inducir el desarrollo de tumores en otros órganos, una menor tasa de curación a largo plazo y la necesidad de un seguimiento más complejo que el necesario para los pacientes llevados a cirugía. Respecto a la función sexual, usted debe tener claro que la radiación produce menos efecto sobre la erección que la cirugía, su efecto tóxico es progresivo y lento, y finalmente suele requerir ayudas muy similares a las usadas en los pacientes sometidos a cirugía. (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 31).

Para definir la posibilidad de éxito en el manejo con radioterapia de los pacientes con cáncer de próstata es muy importante que el urólogo defina sus condiciones de riesgo y lo clasifique de acuerdo con las categorías de bajo, medio y alto riesgo para recurrencia, ya que los pacientes de riesgo intermedio y alto deben ser tratados con manejos complementarios, pues la radioterapia con dosis convencionales puede ser insuficiente como terapia única (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 31).

Hormonoterapia

La próstata y el tumor cancerosos requieren para su crecimiento y diseminación la presencia de la hormona masculina producida por los testículos en su mayor proporción, conocida como testosterona. Por esta razón, cuando un paciente es sometido al retiro de los testículos mediante una técnica quirúrgica conocida como orquidectomía, o cuando mediante el uso de medicamentos se bloquea la producción de esta hormona o se bloquea su efecto en los órganos en los que ella realiza su efecto, se logra detener la progresión del cáncer durante un tiempo sin llegar nunca a la curación. Por esta razón, la hormonoterapia se ha utilizado con buenos resultados en pacientes con cáncer de próstata avanzado para aliviar sus síntomas, mejorar sus condiciones generales y la calidad de vida. En pacientes que aún tienen posibilidad de curación se ha utilizado sumada a otras alternativas de manejo, como la radioterapia (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 31).

Existen muchos medicamentos disponibles que buscan el bloqueo de la producción de la testosterona o los efectos de esta en diferentes órganos; dicho manejo con medicamentos, a diferencia de la orquidectomía, tiene la ventaja de ser reversible, situación que es imposible con la orquidectomía. Debe quedar claro que el manejo con hormonoterapia no tiene intención de curar por sí solo, su tiempo de uso es indefinido, y aunque la respuesta inicial siempre es buena y prolongada, es posible que los esquemas de tratamiento varíen de acuerdo con su condición específica (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 31).

Quimioterapia

Consiste en el uso de medicamentos que destruyen el material genético de las células, las proteínas necesarias para su multiplicación o las sustancias necesarias para su nutrición, logrando promover la muerte anticipada de los tejidos enfermos, es decir, los tumores malignos. Desafortunadamente, la quimioterapia en cáncer de próstata no ha tenido los resultados de curación que se han observado en otros tumores y por ello su utilización hoy en día queda limitada a pacientes que no responden a la hormonoterapia, con la intención de disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad, sin tener un efecto curativo. Son diferentes los tipos de medicamentos de uso posible y las opciones deben ser discutidas con un médico especialista en oncología clínica, médico experto en este tema. Seguramente, y de acuerdo con su estado de salud general, la primera opción que le será planteada, de ser candidato a quimioterapia, es el uso de un medicamento llamado **doxetacel**, asociado con **prednisona**, los cuales se suministran a través de una vena en dosis e intervalos definidos como ciclos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 31,32).

Vigilancia pasiva

El cáncer de próstata tiene como característica particular un tiempo de evolución lento, es decir, puede pasar un tiempo significativo entre el momento en que es una enfermedad localizada hasta que se disemina y puede comprometer otros órganos, e incluso amenazar la vida de la persona afectada. Este periodo incluso puede ser de años, por ello cuando se diagnostica estando en sus fases iniciales en personas de edad avanzada o con enfermedades adicionales importantes que permitan predecir una expectativa de vida corta, no es necesario instaurar tratamientos con intención curativa. Se debe entender, entonces, que dichos pacientes probablemente no son candidatos a manejarlos con prostatectomía radical o radioterapia, y que cualquier tratamiento que se planee se dirigirá a evitar la

progresión de la enfermedad y los síntomas asociados con esta, sin pretender curar la enfermedad (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 32).

Si el urólogo ha considerado que su caso está dentro de este marco de referencia, usted debe tener claro que esta opción de manejo solo pretende protegerlo de los efectos secundarios de tratamientos agresivos, los cuales deben ser evitados de esta manera, ya que a la larga no se justificará padecerlos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 33).

Para que este manejo logre su objetivo, lo importante es un seguimiento estricto que permita monitorear el estado de su enfermedad, de manera que, ante la sospecha de progresión, se puedan instaurar las medidas necesarias para evitarla y mantener su adecuado nivel y calidad de vida (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 33).

Riesgos y efectos secundarios de los tratamientos

Prostatectomía radical

La prostatectomía radical es una cirugía mayor, es decir, puede tener complicaciones serias que comprometan la supervivencia o dejar secuelas permanentes. Los riesgos de la prostatectomía radical, ya sea con técnicas convencionales (abierta) o laparoscópica asistida por robot, se pueden dividir en inmediatos y tardíos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 33).

Los **inmediatos** hacen referencia a situaciones derivadas de la operación y estarán determinados por su condición física al momento de la cirugía, el proceso anestésico, el proceso quirúrgico, la experiencia del cirujano y la hospitalización. Dentro de los riesgos inmediatos que usted debe conocer se encuentran las hemorragias, si esta se presenta, usted puede estar sometido a un esfuerzo mayor, que en ocasiones podría conducir a situaciones como infartos cardiacos, insuficiencia cardiaca e insuficiencia respiratoria (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 34).

Otro riesgo inmediato es la lesión de órganos vecinos a la próstata, entre los que se destacan la vejiga, los uréteres, el recto, los nervios y los vasos sanguíneos de la pelvis. Dichos riesgos se minimizan con una técnica quirúrgica rigurosa, metódica y experimentada. Dado que la prostatectomía

radical implica la pérdida de la continuidad de su tracto urinario desde la vejiga hasta la uretra, se requiere una reconstrucción de esta mediante uniones con puntos o suturas que deberán cicatrizar lo mejor posible, gracias a una buena técnica quirúrgica y condiciones del paciente, como un adecuado estado nutricional. Si esta cicatrización no es adecuada, se manifiesta como fugas de orina permanentes por sitios como la herida, conocidas como fístulas, las cuales, la mayoría de las veces, cierran espontáneamente, pero seguramente requerirá más tiempo del programado con los tubos de drenaje (drenes) y la sonda o catéter uretral. De lo anterior se deduce que la sonda uretral es un elemento fundamental para la adecuada recuperación del proceso postoperatorio, y sus cuidados son de suma importancia para evitar riesgos innecesarios (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 34).

Finalmente, el reposo durante el postoperatorio es una condición que, sumada a la presencia de obesidad y el cáncer mismo, aumenta el riesgo de la formación de coágulos o trombos en sus piernas, los cuales, una vez formados, podrían desplazarse a sus pulmones, obstruir vasos importantes y llevar a un cuadro de insuficiencia respiratoria secundaria, llamado tromboembolismo pulmonar. Dicho riesgo se disminuye si la persona permanece en reposo el menor tiempo necesario y con medicamentos anticoagulantes a bajas dosis, las cuales se aplican en el postoperatorio mediato (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 34).

Dentro de las complicaciones tardías de la prostatectomía radical se resaltan tres. Primero, la incontinencia urinaria, segundo, la disfunción eréctil o impotencia, que se produce como consecuencia de la lesión de los nervios y vasos que permiten la erección y que, al estar en estrecha vecindad con la próstata, se lesionan, al ser esta removida. Dicha lesión no siempre puede ser evitada y algunas veces, aun evitándola, se produce disfunción eréctil condicionada por el proceso inflamatorio del postoperatorio, finalmente, la tercera complicación a largo plazo, que es poco frecuente (menor al 5%), pero que de presentarse puede ser devastadora, es la estrechez de la unión de la vejiga y la uretra, que puede manifestarse por una disminución importante del calibre y la fuerza del chorro, hasta la incapacidad para la micción, es decir, la retención urinaria. De presentarse, es posible que se requiera un proceso de dilataciones de la uretra y ocasionalmente alguna cirugía adicional (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 31).

En general, la mortalidad relacionada con la prostatectomía radical no supera el 1%, por lo cual se considera una cirugía segura y eficaz para el manejo del cáncer de próstata (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 35).

Radioterapia

La radioterapia puede ocasionar efectos secundarios no deseados que afectan la salud del hombre tratado por cáncer de próstata. No obstante, esto también ocurre con otros tratamientos, como la cirugía, la quimioterapia o la terapia hormonal. La diferencia se encuentra en el tipo de efectos adversos y la frecuencia con que ocurren en esta clase de tratamiento (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 35).

La radioterapia, a diferencia de la quimioterapia y de la terapia hormonal, solamente causa efectos secundarios sobre la región pélvica, que es la zona del cuerpo a la que está dirigida la radiación utilizada para tratar el cáncer de próstata. Estos efectos son provocados porque los haces de radiación utilizados para erradicar un tumor afectan los órganos sanos que se encuentran alrededor de la próstata, como el recto y la vejiga (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 35).

Los efectos secundarios de corto plazo pueden incluir diarrea, aumento de las ganas de orinar, dolor al orinar, molestias en la piel, ardor al orinar y cansancio. Muchos de estos síntomas se controlan con medicamentos y usualmente se resuelven pocas semanas después de concluir el tratamiento (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 35).

Como parte de los efectos secundarios de largo plazo puede aparecer progresivamente dificultad para tener erecciones, lo cual se conoce como disfunción eréctil, que se debe a una combinación entre la radioterapia y el paso de los años (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 35).

Para mejorar esta situación, el urólogo puede ofrecerle diferentes tratamientos, que van desde medicamentos hasta cirugías, dependiendo de su caso particular y su estado general de salud (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 36).

A largo plazo también pueden surgir alteraciones intestinales, como sangrado al defecar, o más raramente, dificultad para controlar la defecación,

es decir, incontinencia fecal, puede aparecer también dificultad para controlar la orina, conocido como incontinencia urinaria. Rara vez aparecen otros tumores después de largo tiempo debido a la radioterapia (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 36).

Es importante tener en cuenta que después de la radioterapia, así como ocurre después de la cirugía, los hombres en tratamiento usualmente quedan estériles, lo que significa que no pueden tener más hijos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 36).

Las técnicas modernas de radioterapia, como la radioterapia conformacional 3D y la radioterapia de intensidad modulada, aseguran que la radiación utilizada se dirija con mayor precisión hacia el tumor, disminuyendo el efecto sobre los órganos que están alrededor y, por lo tanto, reduciendo la ocurrencia de los efectos secundarios mencionados (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 36).

Hormonoterapia

La terapia hormonal requerida se logra mediante diferentes vías; una de ellas es retirando los testículos, en un procedimiento quirúrgico sencillo y sin mayores riesgos, conocido como orquidectomía. Otras formas de manejo hormonal son la aplicación de medicamentos por vía intramuscular, subcutánea e incluso por vía oral (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 36).

El estado de ausencia de testosterona en nuestro organismo se conoce como hipogonadismo y tiene efectos colaterales indeseables, pero tolerables. Los más evidentes serán la pérdida del deseo sexual o libido, la disminución de la calidad de la erección, la disminución del volumen del semen eyaculado si aún se tiene eyaculación, las oleadas de calor, el aumento del tamaño de las glándulas mamarias, llamado ginecomastia, y la obesidad. Esta última puede condicionar estados no saludables adicionales, como el aumento de los niveles en sangre del colesterol, los triglicéridos y el azúcar, lo cual podría aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares, como hipertensión y enfermedad coronaria. Por otro lado, la ausencia de testosterona conlleva un efecto de pérdida de la mineralización ósea por pérdida del calcio en los huesos, que inicialmente se conoce como osteopenia, si ya hay osteopenia al inicio del tratamiento, debemos tomar un complemento farmacológico de calcio y vitamina D diariamente, pero la progresión puede incurrir en osteoporosis, y es un factor de riesgo para fracturas de hueso con traumas o golpes leves (Guía de práctica clínica

(GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 37).

La mejor forma de prevenir o disminuir los riesgos del uso del bloqueo hormonal es usarlo el menor tiempo posible cuando este sea necesario o no usar bloqueo completo todo el tiempo. La dieta debe ser baja en calorías para contrarrestar el efecto del bloqueo en la ganancia de peso. Cuando se presenten lesiones metastásicas al hueso lo ideal es tener una valoración por un ortopedista que pueda iniciar el manejo preventivo de las fracturas patológicas con medicamentos tomados o inyectados, llamados bifosfonatos. (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 37).

Finalmente, cuando la glándula mamaria crece y duele es posible recibir tratamiento para esta condición con medicamentos hormonales conocidos como estrógenos o con bajas dosis de radioterapia focalizados en las mamas (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 37).

Seguimiento del tratamiento

Luego de la prostatectomía radical, el urólogo instaurará un plan de seguimiento que puede variar según los esquemas particulares de cada centro, pero en general incluyen visitas periódicas el primer año cada tres meses, el segundo y tercer años cada seis meses, y posteriormente cada año (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 37).

Se identificarán, molestias o síntomas relacionados con los tratamientos, se hará un examen físico y se pedirán exámenes de laboratorio; el más relevante es el llamado antígeno prostático específico (PSA). Este examen es de vital importancia, dado que la elevación del PSA suele preceder a la aparición de lesiones avanzadas o metástasis, y puede determinar el cambio de la terapia ya instaurada o la necesidad de asociar otros tratamientos adicionales (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 37).

Luego de la radioterapia, el esquema de seguimiento es muy similar al de la prostatectomía radical, con la particularidad de que algunos controles los realizará el radioterapeuta y otros, el urólogo. Es importante resaltar que la herramienta de seguimiento más importante, además del examen físico, es nuevamente el antígeno (PSA) (Guía de práctica clínica (GPC) para la

detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 38).

Presencia de Cáncer en estadio avanzado

Presencia de varios síntomas o signos que deterioren su calidad de vida y que serán manejados esta vez no con intención curativa, sino paliativa, para evitar complicaciones mayores, disminuir o evitar el dolor, y mejorar su calidad de vida en su entorno familiar. Algunos de estos signos o síntomas comunes en enfermedad avanzada se exponen a continuación (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 38).

Dolor

El sitio más común en que el cáncer de próstata hace metástasis son los huesos, por lo cual puede producirse dolor, fracturas y elevación del calcio en la sangre. El dolor óseo tiene su localización dependiendo de dónde se ubique la metástasis, en muchas ocasiones se ubican en la columna vertebral, por lo cual puede producir, además del dolor, la compresión de la médula espinal, lo que incrementará el dolor, producirá calambres, alteración de la sensibilidad en los miembros superiores e inferiores, e incluso puede llevar a parálisis. Este dolor se maneja con analgésicos, pero es importante eliminar la causa, o sea, las metástasis, lo cual generalmente se hace con radioterapia o con un medicamento llamado bifosfonato (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 38).

El control de dolor puede variar dependiendo de su intensidad y duración, así como de la causa; lo primero es **realizar la valoración por algún miembro del equipo de cuidados paliativos,** indagaran por el sitio, intensidad, descripción de cómo es el dolor, duración, qué cosas lo empeoran o lo alivian, cómo afecta su sueño, su alimentación o su movilidad. Todo esto ayudará a entender el dolor y darle el manejo más adecuado y efectivo, así como lograr seguimiento de este durante su tratamiento. Se formularán analgésicos generalmente para ser tomados o administrados en su casa, a no ser que su dolor sea incontrolable y requiera hospitalización; también, se le formularán otros medicamentos que lo ayudarán a disminuir posibles efectos indeseables de los analgésicos, como el estreñimiento o las náuseas (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 38).

Obstrucción urinaria alta y baja

Si el tumor es muy grande comprimirá la uretra, evitando que la orina salga de la vejiga; esto producirá incomodidad, sensación de tener la vejiga llena y no poder orinar, además de dolor. Es una obstrucción urinaria baja y se soluciona generalmente con la colocación de una sonda a través de la uretra, que va hasta la vejiga para desocuparla; es probable que, si esta sonda es permanente, se recambie periódicamente, con el fin de evitar infecciones (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 39).

Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios o a los otros órganos de su sistema urinario o vecinos de estos, es posible que la orina que producen los riñones no pueda salir de estos, no pueda llegar a la vejiga o salir de esta, produciendo así una obstrucción urinaria alta, que debe ser manejada con derivaciones de uno o ambos uréteres, o de uno o ambos riñones. Estas derivaciones pueden ser permanentes, con el fin de que usted no presente una falla renal (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 39).

Hemorragia

Si el cáncer de próstata causa sangrado dentro de la próstata, es posible que esta sangre salga en el semen; si invade o erosiona las paredes de la uretra o la vejiga puede causar sangrado en la orina; si invade o erosiona la pared del recto puede producir entonces sangrado rectal. Los tratamientos para el cáncer avanzado pueden evitar o ayudar en estos problemas, pero en muchas ocasiones el sangrado uretral puede producir obstrucción urinaria por los coágulos, por ello tiene que ponerse una sonda uretral de tres vías con irrigación permanente con glicina para lavar la vejiga y ayudar a controlar el sangrado (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 39).

Fatiga y debilidad

Esta puede producirse por la anemia causada por hemorragia, depresión, ansiedad, dolor, edema en miembros inferiores causado por retención de líquidos. La fatiga puede ser controlada al manejar su causa, con transfusiones, medicamentos y terapia para el manejo de las afecciones emocionales (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 39).

Pérdida de apetito

Es la ausencia de interés, deseo o energía para comer, que usted puede experimentar a causa de la progresión de la enfermedad, como en el caso de metástasis al hígado, porque puede producir náuseas y vómito, al igual que si está tomando algunos analgésicos, principalmente opioides (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 39).

Falta de sueño

Es la dificultad que usted puede tener para conciliar el sueño, el hecho de despertarse varias veces en la noche o que su sueño sea intranquilo, ocasionándole fatiga y cambio en su estado anímico. Puede deberse a dolor no controlado, al efecto secundario de algún medicamento que consuma, a la preocupación o a la depresión (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 40).

Estreñimiento

Es la alteración de los hábitos intestinales, volviendo las deposiciones más duras y distanciadas, incluso de varios días, lo cual genera malestar general puede ser efecto secundario del consumo de morfina, codeína u oxicodona (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 41).

Diarrea

Es cuando las deposiciones son líquidas y se dan más de tres veces al día. Esta puede ser causada como efecto secundario del tratamiento como la radioterapia. Debe ser manejada para evitar deshidratación y pérdida de electrolitos, como el potasio, es posible que requiera hospitalización para hidratarlo con líquidos endovenosos (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 41).

Rol de la familia y los cuidadores

Cuando usted padece una enfermedad crónica y delicada como el cáncer, es difícil que la pueda afrontar solo; requerirá el apoyo y acompañamiento de su pareja, familia y amigos. El diagnóstico de la enfermedad produce un impacto emocional grande y en quienes lo rodean, por eso en primera instancia es importante que involucre a su pareja (si la tiene) y a su familia (padres, hermanos, etc.), y mantenga con ellos una

comunicación clara y permanente. Ellos pueden apoyarlo a la hora de tomar las decisiones frente a la mejor opción de tratamiento y acompañarlo durante este proceso (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 41).

No siempre es posible, por diversas causas, tener el apoyo de familiares cercanos; en ese caso, puede acompañar o cuidar otra persona, o en una institución (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 41).

En ocasiones puede requerirse el apoyo y orientación de psicología o trabajo social para facilitar el afrontamiento de la enfermedad (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 41).

Hábitos de Autocuidado para complementar el tratamiento

Dieta

Puede tenerse en cuenta que la oxidación y la inflamación desempeñan un papel importante en el desarrollo del cáncer de próstata, y que existen sustancias antiinflamatorias y antioxidantes como la vitamina C, E y β-carotenos que se encuentran en ciertos alimentos, como frutas y verduras crudas y frescas, entre ellas brócoli, perejil, guayaba, hinojo, coliflor, berro, pimiento, pepino, melón, papaya, fresas, coles de Bruselas, todos los cítricos, los kiwis y los tomates; en los aceites vegetales (soja, maíz y girasol), germen de trigo, vegetales verdes, frutos secos, cereales y yema de huevo; en frutas y hortalizas de color rojizo, amarillo y anaranjado, por ejemplo zanahorias, albaricoques, espinacas, tomate, calabaza y melón. Preferiblemente deben ser ingeridas crudas o cocinadas al vapor. Evitar consumir suplementos nutricionales o multivitaminas que no hayan sido formulados por el médico tratante (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 42).

Se necesita la cantidad suficiente de calorías para mantener un buen peso, necesita también suficientes proteínas para conservar las fuerzas (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 42).

Actividad física

Muchos hombres se dan cuenta de que se sienten mejor cuando se mantienen activos; caminar, meditar, nadar y practicar otros ejercicios

pueden mantenerle fuerte y aumentar su energía, el ejercicio puede reducir el dolor y hacer que el tratamiento sea más fácil de manejar, también puede ayudar a aliviar el estrés. Antes de practicar cualquier tipo de ejercicio, asegúrese de consultar con el médico o enfermera, Se recomienda ejercitarse por lo menos treinta minutos al día, tres veces a la semana, no solo como complemento a su tratamiento de cáncer de próstata, sino porque es posible que a usted lo acompañen otras afecciones, como hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso o hipertrigliceridemia, afecciones que también se disminuyen con el ejercicio (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 43).

Hábitos: tabaco y alcohol

El cigarrillo no solamente es un factor predisponente para el cáncer, sino para enfermedades respiratorias y cardiovasculares que pueden ocasionar complicaciones a la hora de una cirugía o un manejo crónico. El tabaco y el alcohol son sustancias estimulantes que empeorarán el cuadro si se presenta ansiedad, insomnio o náuseas (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 43).

Manejo del estrés, la ansiedad y la depresión

Son cuatro los parámetros para cambiar exitosamente su estilo de vida y mejorar el curso de la enfermedad.

- Reducción del estrés: expresar los sentimientos de estrés, ansiedad y tristeza que estén causando problemas físicos o que estén haciendo sentir peor. Realizar actividades que se disfruten o reunirse con personas que lo hagan sentir feliz y en paz; investigaciones han demostrado que una actitud positiva puede mejorar su calidad de vida y su estado de salud. Calme el cuerpo y su mente con relajación, meditación y ejercicio, duerma y coma bien.
- Control de su entorno
- Automonitoreo: proponerse unas metas, planee unas actividades, implemente cambios en su comportamiento y en sus hábitos, sea su propia conciencia y hágase un seguimiento, registrando los avances que va logrando con el paso de los días.
- Apoyo social: es posible recibirlo de la familia, amigos, parientes, grupos religiosos, grupos de pasatiempos o grupos de sobrevivientes de cáncer de próstata (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 44).

Existen otras terapias alternas de utilidad:

- Los masajes pueden ayudar a reducir el dolor, la fatiga, el insomnio, la ansiedad, la depresión y las náuseas.
- La aromaterapia mejora el sueño y ayuda a la relajación.
- La reflexología reduce la ansiedad.
- La acupuntura reduce las náuseas, el vómito, la fatiga y el dolor.
- El yoga y la actividad física mejoran el sueño, reducen el estrés, la ansiedad, la depresión y la fatiga
- El tai chi alivia el dolor, mejora la flexibilidad, la fuerza y reduce el estrés (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata, 2013, pág. 45).

9.4. Detección temprana de Cáncer de Colon y Recto

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; realizara la orden de egreso y plan de cuidado para promover y mantener la salud integral a todo paciente adulto y del adulto mayor en la orden de test de sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica (3 muestras en días diferentes) o colonoscopia según disponibilidad de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de Colon y Recto. en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata y realizara las actividades de prevención terciaria (Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y Paliación) conforme a 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 3 Guía No. GPC-2013-20

Objetivos

Detección del cáncer de colon y recto en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización poblacional organizada en hombres y mujeres (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

Población sujeto

Hombres y mujeres entre 50 años y 75 años (Resolución 3280, 2018, pág. 177).

Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Orden de test de sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica (3 muestras en días diferentes) o colonoscopia según disponibilidad.
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información
- Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de colon y recto y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la consulta, fecha de la orden las pruebas de tamización, realización y hallazgos de las pruebas de tamización (Resolución 3280, 2018, pág. 178).

Descripción del procedimiento

Realizar las pruebas de tamización poblacional organizada para la detección temprana del cáncer de colon y recto en hombres y mujeres mayores o iguales a 50 años y en grupos de individuos con factores de riesgo personal y/o familiar para cáncer colorrectal (Resolución 3280, 2018, pág. 178).

Realizar la prueba de tamización según grupo de riesgo así:

Hombres y mujeres iguales o mayores a 50 años: sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años cuando esta se encuentre disponible (Resolución 3280, 2018, pág. 178).

Ante la presencia de factores de riesgo en el individuo, este debe ser derivado a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon para que la tamización sea realizada siguiendo las indicaciones allí definidas. Se consideran los siguientes grupos de riesgo:

- Individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario.
- Individuos con antecedentes familiares en primer grado de poliposis adenomatosa. familiar (PAF) clásica con prueba genética positiva o en aquellas familias con criterios clínicos en las que no se ha identificado la mutación causal.
- Individuos con sospecha o antecedente familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario.
- Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

- Individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon.
- Individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon (Resolución 3280, 2018, pág. 178).

Nota: En aquellos individuos con identificación factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto en concordancia con los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica para este cáncer y las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto (Resolución 3280, 2018, pág. 178).

En caso de resultados **anormales** de las pruebas de tamización, registrar en historia clínica el resultado y remitir al prestador complementario para realización de la colonoscopia y/o biopsia respectiva (Resolución 3280, 2018, pág. 178).

En pacientes con resultados **anormales** en la colonoscopia y/o biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de colon y recto (Resolución 3280, 2018, pág. 178).

Se debe instruir a los pacientes que ante la presencia de síntomas debe acudir a su servicio de salud para valoración y solicitud de exámenes complementarios (Resolución 3280, 2018, pág. 179).

Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo y síntomas de alarma (pérdida de peso, melenas o sangrado rectal activo, masa abdominal palpable, cambio en el hábito intestinal).
- Consumo de alimentos ricos en fibra como frutas y verduras y granos integrales, evitar el consumo de carnes procesadas o embutidos, practica de actividad física regular.
- Promover el uso de los servicios de salud cada dos años para propiciar la realización de pruebas de tamización poblacional organizada a partir de los 50 años, o antes si existen factores de riesgo o sintomatología para ofrecer las pruebas correspondientes en concordancia con las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto.
- Educar sobre los procedimientos a realizar.
- Conductas según resultados de la tamización.
- Resultados de las pruebas de tamización son positiva es necesario realizar pruebas confirmatorias.

- Importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica (Resolución 3280, 2018, pág. 179).

Plan de cuidado

El referente o encargado del programa de tamización o de la unidad de atención de cáncer de colon y recto, debe hacer búsqueda de los resultados de exámenes solicitados y los interpretará definir la conducta a seguir (Resolución 3280, 2018, pág. 179).

Los resultados de exámenes normales se los comunicará a los pacientes, y fijará los controles a seguir.

Con resultados positivos se los comunicará al paciente y gestionará la realización de la colonoscopia, biopsia o consulta con especialista indicado en forma **prioritaria**, asignándole cita durante la misma visita (Resolución 3280, 2018, pág. 179).

Derivar a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto para proceder de acuerdo con los resultados de las pruebas diagnósticas con el tratamiento requerido considerando las intervenciones descritas en la mencionada RIAS. (Resolución 3280, 2018, pág. 179).

Gestión para la tamización de cáncer de colon y recto

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico y de colonoscopia; generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de las pruebas de tamización que fueron realizadas.
- Registrar en el sistema de información del programa: la fecha de toma del test de sangre oculta en materia fecal o la colonoscopia, la fecha del resultado de las pruebas realizadas, el resultado de las pruebas realizadas, la fecha de recepción del informe, los Valores de referencia de la prueba según la casa comercial del kit, la fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de **resultados negativos** o **normales** de las pruebas de tamización y anotar la fecha del

siguiente examen. En este caso informar a la persona, brindar pautas de cuidado y definir fecha de la nueva tamización (Resolución 3280, 2018, pág. 179).

Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Laboratorio clínico, endoscopia digestiva, consulta de medicina general, medicina familiar o gastroenterología; el laboratorio clínico debe realizar la técnica de inmunoquímica para el procesamiento de la muestra de materia fecal (Resolución 3280, 2018, pág. 180).

Así mismo, se debe contar con material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de colon y recto (Resolución 3280, 2018, pág. 180).

9.4.1. Diagnóstico

Si usted presenta una prueba de tamización positiva o algunos de los síntomas, el médico especialista deberá realizar un examen físico e indagará sobre sus antecedentes médicos, personales y familiares. Se realizarán pruebas que permitirán descartar o confirmar la presencia de cáncer de colon y recto (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 19).

El diagnóstico del cáncer de colon y recto se realiza mediante la toma de una biopsia, que consiste en tomar una muestra de una parte del tejido del intestino que se sospecha está afectado por el cáncer. La biopsia debe ser analizada por un especialista en patología, quien determina si el tejido encontrado es cancerígeno o no (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 19)..

Los principales exámenes utilizados para diagnosticar cáncer de colon y recto son:

Colonoscopia: el médico utilizará un tubo largo, delgado, flexible y con una luz para buscar pólipos o cáncer en el recto o en todo el colon. Durante el examen, el médico puede encontrar y extirpar la mayoría de los pólipos y algunos cánceres, dependiendo de la etapa o estadio en que este se encuentre. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada durante la colonoscopia, se tomará una biopsia para obtener una prueba histológica del diagnóstico, a menos que esté contraindicado (por ejemplo, pacientes con trastornos de coagulación sanguínea) (Guía de práctica clínica (GPC) para

la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 19).

Teniendo en cuenta que en este examen se observará la totalidad del colon y del recto, se administrara un medicamento sedante, con el fin de evitar al máximo las molestias que pueda ocasionar la realización del procedimiento; por esto, es importante asista con un acompañante mayor de edad el día del examen. La colonoscopia también se utiliza como una prueba de seguimiento en personas que ya han sido tratadas de cáncer o como complemento en caso de haber detectado algo inusual en otro examen (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 20).

Sigmoidoscopia flexible: el médico pondrá en el recto un tubo delgado, flexible e iluminado para examinar el recto y la parte baja del colon; este examen permite identificar la presencia de alteraciones, como pólipos o masas. En caso de encontrar pólipos, el médico podrá sugerir la extirpación inmediata, y en caso de encontrar una masa, será necesario tomar una biopsia para un estudio más detallado (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, pág. 20).

Colon por enema: en este examen se obtienen varias imágenes de rayos X del colon y el recto. Para la realización, es necesario tener una preparación previa al procedimiento, que consiste en beber un líquido especial que ayuda a limpiar el intestino para obtener imágenes más claras. Al iniciar la toma del examen, es necesario poner un enema con un líquido llamado bario, seguido de un enema que contiene aire. El bario y el aire forman un revestimiento alrededor del colon y el recto, lo que le permite al médico ver sus contornos en una radiografía (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 20).

Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual: este procedimiento consiste en la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) del intestino grueso, con la que se obtienen imágenes en dos y tres dimensiones. El médico le pondrá un tubo flexible en el recto para introducir aire suavemente en el colon; a veces se infla un balón de retención para ayudar a mantener el tubo en la posición correcta. El propósito del aire es distender el colon un poco para mejorar la visualización de pólipos y otras lesiones, que pueden ocultarse en cualquier doblez o pliegue del intestino. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada en la colonografía por TAC, se le realizará una colonoscopia con biopsia para confirmar el diagnóstico, a menos que esté contraindicado (Guía de práctica clínica (GPC)

para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 20).

Etapas del cáncer de colon y recto

Si las pruebas confirman el diagnóstico de cáncer de colon y recto, el médico deberá establecer el estadio o etapa en la que se encuentra su enfermedad y determinar si el cáncer se ha propagado o extendido a otros órganos. Este proceso se denomina "estadificación" y ayuda al médico a planificar el tratamiento más adecuado para usted (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 21).

El cáncer de colon y recto se clasifica en las siguientes etapas o estadios:

- Estadio 0: el cáncer se encuentra solo en el revestimiento más interno del colon o del recto. El cáncer de colon y recto en etapa 0 también se conoce como carcinoma in situ.
- Estadio I: el tumor ha crecido dentro de la pared interior del colon o recto. El tumor no ha atravesado la pared al crecer.
- Estadio II: el tumor se extiende con más profundidad dentro o a través de la pared del colon o recto. Es posible que haya invadido tejido cercano, pero las células cancerosas no se han diseminado a los ganglios linfáticos.
- Estadio III: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos, pero no a otras partes del cuerpo.
- Estadio IV: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como al hígado o a los pulmones.
- Cáncer recurrente: este es el cáncer que ha sido tratado y que ha regresado después de un periodo en el que no podía ser detectado. La enfermedad puede regresar al colon o al recto, o a otra parte del cuerpo (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 21).

La biopsia que se toma durante la prueba diagnóstica ayuda a establecer en qué etapa se encuentra el cáncer; sin embargo, es posible que se requieran pruebas adicionales para determinarlo con mayor exactitud. Las pruebas adicionales a las que puede ser sometido si el cáncer se limita solamente al colon son: tomografía axial computarizada con contraste de tórax, abdomen y pelvis. Si el cáncer compromete el recto podrá ser necesaria la realización de resonancia magnética de pelvis y ultrasonografía endorrectal (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana,

diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 22).

9.4.2. **Tratamiento**

Dentro de las opciones de tratamiento para cáncer de colon y recto que le pueden ofrecer se encuentran:

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.

Dependiendo de la ubicación y estado o etapa en la que se encuentre su cáncer, y de sus condiciones individuales, como edad, estado nutricional y el padecimiento de otras enfermedades, le pueden ofrecer un esquema de tratamiento que combine dos de ellos, por ejemplo: quimiorradioterapia concomitante o cirugía más radioterapia, así como, también, puede ser llevado solo a cirugía (Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 22).

Cirugía

La mayoría de pacientes con cáncer de colon y recto serán sometidos a cirugía para retirar el tumor. El médico debe discutir la decisión sobre si la cirugía que se le hará será abierta o laparoscópica. En particular, se deben considerar los riesgos y beneficios de las dos cirugías para decidir cuál procedimiento resulta mejor para su caso (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 24).

- Colonoscopia: un pólipo pequeño en el colon o recto superior puede ser extirpado con un colonoscopio. Algunos tumores pequeños en el recto inferior pueden ser extirpados a través del ano, sin uso del colonoscopio.

Laparoscopia: el cáncer de colon que apenas empieza puede extirparse con la ayuda de un tubo delgado luminoso llamado laparoscopio. Tres o cuatro pequeñas incisiones son realizadas en el abdomen. El cirujano ve dentro del abdomen con el laparoscopio. El tumor y parte del colon sano son retirados, también los ganglios linfáticos cercanos pueden sacarse. El cirujano revisa el resto del intestino y el hígado para asegurarse de que no se haya diseminado el cáncer (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 24).

Cirugía abierta: el cirujano hace una herida grande en el abdomen para sacar el tumor y parte del colon o recto sanos. Algunos ganglios linfáticos cercanos también son retirados. El cirujano revisa el resto del intestino y el hígado para ver si el cáncer se ha diseminado (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 24).

Cuando se extrae una parte del colon o recto, el cirujano puede volver a conectar las partes sanas. Sin embargo, algunas veces no es posible hacerlo. En estos casos, el cirujano crea una nueva vía para que la materia fecal salga del cuerpo, y realiza una abertura denominada estoma en la pared del abdomen; esta abertura conecta el extremo superior del intestino y cierra el otro extremo. Dicho procedimiento se llama colostomía (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 24).

.Para la mayoría de las personas, el estoma es temporal. Es necesario solo mientras sana el colon o el recto después de la cirugía. Cuando ya ha sanado, el cirujano vuelve a conectar las partes del intestino y cierra el estoma. Algunas personas, especialmente quienes tienen un tumor en la parte inferior del recto, necesitan una estoma permanente (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 24).

Obstrucción intestinal

Algunas veces, el tumor en el colon o recto puede obstruir el intestino y bloquear el paso de las heces, lo cual puede causar dolor abdominal y vómito, esto se conoce como obstrucción intestinal aguda y necesita ser tratada como una emergencia médica, ya que el intestino puede llegar a perforarse. Cuando un paciente acude al servicio de urgencias por esta situación, el equipo médico le solicitará ciertos exámenes para confirmar el diagnóstico de obstrucción, como tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis. Si el diagnóstico de obstrucción intestinal se confirma, un equipo médico decidirá si la colocación de un stent en el colon es adecuada para el paciente, de acuerdo con sus condiciones individuales. Un stent es un pequeño tubo metálico expansible que se inserta en el colon para aliviar la obstrucción y permitir nuevamente el paso de las heces (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, pág. 24).

Radioterapia

La radioterapia es un método por medio del cual los rayos X de alta energía destruyen las células cancerosas en el área afectada. Se pueden utilizar diferentes tipos de radioterapia para tratar el cáncer; para el cáncer de colon y recto se utiliza la radiación externa, cuyos rayos provienen de una máquina. Estos rayos X de alta energía pueden depositar su dosis en la zona donde se encuentra el tumor para destruir las células cancerosas; así, con una planificación cuidadosa, se evita afectar los tejidos normales cercanos. No se ponen fuentes de radiación dentro del cuerpo del paciente (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 26).

La radioterapia puede ser ofrecida con intención curativa o paliativa (para aliviar los síntomas). Y puede ser administrada antes o después de la cirugía, acompañada o no de quimioterapia. La radioterapia antes de cirugía solo se utiliza en pacientes con cáncer limitado al recto (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 26).

.Los efectos secundarios más frecuentes de la radioterapia son: fatiga, náuseas, diarrea, distensión abdominal, irritación de la piel alrededor del ano, trombosis vascular, y en la piel del abdomen, sensación de quemazón con calor. La piel del área tratada puede parecer como si estuviese quemada por el sol y más tarde bronceada; la integridad de la piel se recupera en un plazo de seis a doce meses (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 26).

Recomendaciones durante la radioterapia:

- Asegúrese de descansar lo suficiente antes y después de la radioterapia. Planifique el tiempo para descansar.
- Observe la piel tratada, no la frote ni la restriegue. En lo posible, no aplique cintas adhesivas sobre ella.
- Tenga cuidado cuando se duche o se bañe. No borre las marcas de tinta que necesita para el tratamiento.
- Evite el uso de calor y frío en el área del tratamiento.
- Proteja del sol el área del tratamiento.
- Evite el uso de ropa ajustada.
- Informe a su médico acerca de cualquier medicamento que esté tomando.
- Haga ejercicio.
- Camine por lo menos quince minutos al día.

Mantenga una dieta balanceada y nutritiva, y si es necesario, solicite orientación con un nutricionista (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 26).

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir y prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células malignas y/o cancerosas. La dosis y el tipo de fármaco varían según los tipos de cáncer y según la respuesta o situación general del paciente (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 27).

La quimioterapia puede administrarse diariamente o incluso cada semana o cada mes, mediante ciclos que alternan la administración de medicamentos con periodos de descanso. Esto permite al organismo recuperar células sanas de los efectos de la quimioterapia.

Existen varias vías de administración de la quimioterapia:

- Oral: en pastillas o cápsulas.
- Inyectada: intravenosa por medio de un catéter central venoso (con algunos medicamentos) o en una vena del brazo.

En cualquiera de los casos será supervisado y administrado por el profesional de enfermería especialista en oncología o profesional de enfermería con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia igualmente apoyado por auxiliares de enfermería con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia y químico farmacéutico con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia. La terapia biológica para cáncer de colon y recto se realiza mediante el uso de anticuerpos monoclonales. Estos anticuerpos se unen a células cancerosas e impiden el creimiento y diseminación del cáncer (Guía de practica clinica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, pág.27).

Efectos secundarios de la quimioterapia

La quimioterapia actúa sobre células que se dividen rápidamente, ya sean sanas o enfermas. La acción de estos medicamentos sobre las células sanas produce los efectos secundarios. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de los medicamentos que se usen, la cantidad que se administre, la combinación de varios medicamentos y la duración del

tratamiento. Estos efectos no siempre se producen, algunos son de corta duración y la mayoría de ellos desaparecen al poco tiempo de finalizar el tratamiento, es decir, al completar todos los ciclos de quimioterapia programados (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 28).

Los efectos secundarios más frecuentes producidos por la quimioterapia son:

- Alopecia (caída del cabello)
- Náuseas y vómito
- Diarrea
- Mucositis (úlceras o llagas en la boca)
- Cansancio o fatiga
- Alteraciones en las células de la sangre (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas)
- Alteraciones en el sistema nervioso
- Dolor muscular y/o articular
- Cambios en la sexualidad

Trastornos en el sueño. (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 29).

Existen medicamentos que administrados simultáneamente con la quimioterapia pueden prevenir o reducir algunos de los efectos secundarios, como las náuseas y el vómito. Así mismo, existen algunas medidas que son aplicables en la vida diaria y pueden ayudar a disminuir o a controlar estos efectos; pregunte al personal de salud por las medidas que le permitirán sobrellevar mejor su tratamiento (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 29).

.Recomendaciones durante la quimioterapia:

- Asegurarse de descansar lo suficiente.
- Cuando se levante después de estar acostado, sentarse un minuto antes de ponerse de pie.
- Tratar de que la alimentación sea variada, pruebe nuevos alimentos y recetas condimentados a su gusto y tolerancia.
- Consumir alimentos y bebidas en preparaciones que sean de fácil digestión, como verduras cocidas o al vapor, sopas, jugos naturales bajos en azúcar, entre otros.

- Caminar 10 a 15 minutos antes de las comidas; esto puede estimular su apetito.
- Ingerir alimentos en pequeñas cantidades, aproximadamente cada dos horas.

Comer despacio, y cuando haya terminado, permanezca sentado por cerca de 45 minutos (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 29).

Aspectos relacionados con la ostomía

Toda la información y capacitación que requiera para el autocuidado de la ostomía se la proporcionará el médico y enfermera especialista en terapia enterostomal; es muy importante desarrollar y mantener la capacidad de escuchar activamente, de confianza, respeto y sinceridad, para garantizar una adaptación satisfactoria y ganar autoconfianza. Solo se requiere desarrollar algunas destrezas manuales (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 30).

Estoma

Un estoma es la exposición al exterior de una porción del intestino para poder expulsar la materia fecal que, por causa del cáncer, no puede ser eliminada por el orificio natural. El segmento del intestino que se observa es de color rojo-rosáceo y aspecto húmedo (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 30).

El tejido del estoma no es piel, sino mucosa de intestino. En la cirugía, tras retirar la porción de intestino con cáncer, la parte sana se exterioriza, "dándole vuelta como a una media"; por lo tanto, lo que se ve es la parte interna del intestino. El estoma no tiene terminaciones nerviosas, así que no transmite dolor u otras sensaciones, pero es rico en vasos sanguíneos y puede sangrar ligeramente si está irritado o si se frota (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 30).

Colostomía

La colostomía es un estoma del colon. El tipo de colostomía depende de la localización del estoma en el abdomen:

- Ascendente: en la zona derecha.
- Transversa: en la zona superior.
- Descendente: en la zona izquierda y alta.

- Sigmoidea: zona inferior izquierda (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 31).

Después de una colostomía, el intestino funcionará como lo hacía antes, con excepción de:

- El ano ya no es la salida para la materia fecal.
- Después de la cirugía, algunas personas pueden sentir la necesidad frecuente de defecar, experimentando salida de moco, sangre y algo de materia fecal que queda como residuo (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 31).

Es importante conocer las características del fluido de la colostomía para saber qué dispositivos utilizar y evitar lesiones en la piel debido a fugas; es decir, presencia anormal de heces entre la piel y el adhesivo. En la colostomía ascendente y transversa el fluido es semilíquido, en la colostomía descendente y sigmoidea el fluido es blando. Después de la cirugía, el tránsito y ritmo intestinal se regularizan, lo que permite prever cuando se va a hacer deposición.

Sistema colector

Un sistema colector se usa para recoger la materia fecal a la salida de la colostomía. Hay disponibles dos tipos de sistemas. Ambos tipos incluyen una parte que se adhiere a la piel, llamada barrera cutánea o galleta, y una bolsa para la recolección (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 33).

Los dispositivos de una pieza se ponen en la barrera cutánea, y los dispositivos de dos piezas constan de una barrera cutánea y una bolsa que se puede retirar y volver a poner en la barrera (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 33).

- Las bolsas de los dispositivos de una y dos piezas se drenan.
- Las bolsas están hechas de materiales a prueba de olores. Son transparentes u opacas, y de diferentes longitudes.
- La barrera está diseñada para proteger la piel de la materia fecal que sale del estoma, a través de una apertura en su parte inferior.
- Después de la cirugía es posible que el estoma esté inflamado durante cinco a ocho semanas. Durante este tiempo, se debe medir el estoma aproximadamente una vez a la semana. Las cajas de las bolsas incluyen una tarjeta de medición, o puede elaborar su propia plantilla, que se

ajuste a la forma del estoma. La apertura de la barrera cutánea no debe ser más de 3 mm más grande que el estoma (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 32).

Un sistema colector debe ser:

- Seguro, con un sello a prueba de derrames, que dure de tres a siete días.
- A prueba de olores.
- Adecuado para proteger la piel que está alrededor del estoma.
- Casi invisible cuando se cubra con la ropa.
- Fácil de poner y quitar.

El dispositivo colector se puede cambiar en las siguientes circunstancias:

- En ciertas horas del día en las que hay menor actividad intestinal.
- Al levantarse.
- Antes de comer o beber. Si lo hace después de comer, es aconsejable que permita que transcurra al menos una hora después de la comida, cuando el movimiento digestivo se reduce (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 33).

Inmediatamente después de la cirugía, la materia fecal que sale de la colostomía puede ser muy blanda o líquida. Cuando se vuelva más densa, puede determinar la mejor hora para cambiar el dispositivo (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 33).

Tenga en cuenta que el tiempo que un dispositivo permanece adherido en la piel depende de muchos factores:

- Sudar reduce el número de días que puede usar el dispositivo. El calor del cuerpo, junto con la temperatura ambiente, ocasiona que la barrera se afloje de la piel más rápido de lo habitual.
- La piel grasosa y húmeda afecta el uso del dispositivo.
- Los cambios de peso afectan el uso del dispositivo.
- El peso que aumente o pierda después de la cirugía, puede cambiar la forma del abdomen y la ostomía, lo que hace que necesite un dispositivo diferente.
- Los alimentos que causan heces líquidas pueden reducir la duración del sello.
- Las actividades físicas pueden afectar el tiempo de uso del dispositivo. Por ejemplo, nadar o los deportes de actividad intensa que hagan sudar (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento,

seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 33).

Cuidados con el estoma

- En los días posteriores a la cirugía, lave el estoma con suero fisiológico y séquelo con gasas que no se deshilachen.
- Cuando se caigan los puntos de sutura del estoma, lave con agua y jabón neutro, con toallitas o papel higiénico suave.
- No friccione con fuerza al lavar el estoma, si sangra un poco se puede hacer una ligera presión en la zona con una gasa fría que no deshilache. Se debe utilizar el frío para cortar la hemorragia, pero nunca hielo.
- Seque el estoma con una toalla con toques suaves. Nunca utilice secador con aire caliente, por riesgo de quemadura.
- No utilice sustancias irritantes sobre el estoma, como alcohol o colonia.
- En caso de que su piel sea velluda, corte el pelo con tijera; no utilice cremas depilatorias ni máquina de rasurar.
- Ponga la bolsa recolectora ajustada al estoma, pero sin oprimir (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 33).

¿Cómo se debe proteger la piel alrededor del estoma?

La piel que circunda el estoma siempre debe verse como la piel del resto de su abdomen; sin embargo, la materia fecal que sale de la ostomía puede causar irritación o dolor en esta área.

Las siguientes recomendaciones le ayudarán a mantener su piel sana:

- Use el tamaño adecuado de bolsa y de la abertura de la barrera para la piel. Una abertura muy pequeña puede cortar o lesionar el estoma, y lo inflama. Si la abertura es demasiado grande, la materia fecal puede entrar en contacto con la piel e irritarla. En ambos casos, reemplace la barrera por una que se adapte a su ostomía.
- Cambie el dispositivo de manera periódica para evitar fugas e irritación en la piel. La rasquiña y el ardor son signos de que es necesario limpiar la piel y cambiar el dispositivo.
- No arranque de la piel cuando retire el dispositivo, evite retirarlo más de una vez al día, salvo que se requiera.
- Esté alerta a la sensibilidad que le puede producir en la piel, semanas, meses o incluso años después de su uso, el material adhesivo de la barrera o la bolsa. Si la piel se irrita solo donde la bolsa de plástico hace contacto con ella, puede cubrir la bolsa con una tela suave (GPC) para la

detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 33).

En casos de presentar síntomas molestos con el estoma

Si llega a presentar:

- Manchas de sangre en el estoma: las manchas de sangre no deben alarmarle. Puede que se genere un sangrado leve al limpiar alrededor del estoma cuando esté cambiando la barrera; usualmente el sangrado desaparece de manera rápida (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 34).
- Gas (flatulencia): inmediatamente después de la cirugía se pueden experimentar gases todo el tiempo. La mayoría de las cirugías de abdomen presentan este incómodo síntoma. A medida que la inflamación del tejido desaparece, los gases se van reduciendo. Alimentos como legumbres, huevos, piel de manzana, lechuga, coliflor, pepino, brócoli, cerveza, bebidas con gas, melón, cebolla, repollo, coles, frijoles y champiñones producen gas, así que puede seguir las siguientes recomendaciones para disminuir este síntoma:
- Comer de manera regular y en pequeñas cantidades de cuatro a cinco veces al día.
- No es aconsejable saltarse las comidas para evitar gases o la producción de material fecal.
- Si le preocupan los ruidos de los gases al estar ante otras personas, puede decirles, "Disculpe, me está gruñendo el estómago". Si llega a sentir que está por pasar gas, cruce los brazos sobre su abdomen para que sus antebrazos reposen sobre su estoma. Esto disminuirá los ruidos.
- Olor: alimentos como ajo, huevo, algunas especias, pescado, espárrago, remolacha producen olores. Igualmente, las bacterias que normalmente hay en su intestino, las enfermedades, algunos medicamentos y las vitaminas pueden causar olor (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 34).

Higiene de la colostomía

La higiene de su colostomía forma parte de su aseo personal diario. No trate su colostomía como si fuera una herida. Los siguientes son los materiales necesarios para la higiene de su colostomía:

- Bolsa para colostomía.
- Bolsa plástica para desechar el material sucio.
- Papel higiénico suave.
- Toallas suaves.

- Jabón neutro.
- Agua tibia.
- Espejo, si fuera necesario, para verse la estoma.
- Tijeras (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 35).

Procedimiento

- Lávese las manos antes de iniciar la higiene de su colostomía.
- Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel alrededor de la colostomía con suavidad, hasta desprender completamente la bolsa. Evite tirones. Retire los restos de heces de su colostomía ayudándose con papel higiénico/toallas.
- Lave suavemente el estoma.
- Seque la piel con suaves toques.
- Aplique protector cutáneo y déjelo secar. Estos protectores forman una película que protegen la piel de las secreciones y evitan la irritación (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 35).

¿Cómo poner la bolsa?

- Mida la colostomía periódicamente, debido a que puede sufrir modificaciones en su tamaño, como reducirse con el paso del tiempo; para ello, lea las instrucciones del fabricante.
- Si la colostomía es redonda podrá utilizar la bolsa precortada, si es irregular deberá utilizar bolsas recortables, dándoles la forma que tiene.
- Para facilitar la colocación de la bolsa, utilice el espejo.
- El ajuste es correcto cuando existen 1 o 2 mm entre la colostomía y el diámetro de la bolsa (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 35).

¿Cómo vaciar la bolsa?

Vacíe la bolsa cuando alcance alrededor de una tercera parte de su capacidad, para evitar que se llene mucho y tenga fugas. Siga estos pasos:

- Siéntese en el inodoro tan atrás como pueda o en una silla frente al inodoro.
- Coloque una pequeña tira de papel higiénico en el inodoro para evitar salpicaduras.
- Sujete la parte inferior de la bolsa hacia arriba y ábrala por el extremo.

- Lentamente desenrolle el extremo dentro del inodoro.
- Vacíe suavemente el contenido.
- Limpie las partes externa e interna del extremo de la bolsa con papel higiénico.
- Enrolle el extremo de la bolsa y el clip.
- Lávese las manos y séquelas con una toalla (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 36).

Complicaciones que se pueden presentar con una colostomía y qué se puede hacer frente a ellas

Ante la presencia de los siguientes signos y/o síntomas informar a su médico o enfermera especialista en el cuidado de ostomías.

- Alteración de la piel: las áreas de la piel que están enrojecidas, adoloridas y siempre mojadas impedirán que logre un buen cierre alrededor del estoma.
- Hernia: el problema más común después de cirugía de una colostomía (aparte de la irritación cutánea) es la herniación alrededor de la colostomía. Una hernia es el abultamiento de un recodo de un órgano o tejido a través de los músculos del abdomen.
- Obstrucción: pueden presentarse periodos breves en que no saldrá materia fecal por la colostomía; esto es normal, pero si el estoma no es activo por cuatro o seis horas, y se presentan calambres y/o náuseas, es posible que esté obstruido el intestino (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 37).

Si esto sucede:

- Vigile la inflamación del estoma y regule la apertura de la bolsa según sea necesario, hasta que desaparezca la inflamación.
- Tome un baño caliente para relajar los músculos abdominales.
- No tome laxantes.
- Evite la introducción de supositorios de glicerina.
- Los alimentos con alto contenido de residuos (alimentos con alto contenido de fibra), como vegetales chinos, piña, nueces, coco y maíz, pueden causar obstrucción. Los cambios internos, como adherencias (tejido de cicatrización que se forma en su abdomen después de la cirugía), también pueden causar obstrucción (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 37).

- Diarrea: la diarrea es una advertencia de que algo anda mal. La diarrea se define como deposiciones frecuentes, sueltas o líquidas en mayor cantidad. Esto sucede cuando la comida pasa a través del intestino muy rápidamente y no hay tiempo para que los líquidos y los electrolitos se absorban. Puede aparecer repentinamente y causar calambres, hace que el cuerpo pierda muchos líquidos y electrolitos.

Causas de diarrea:

- La infección intestinal o la intoxicación por alimentos, que con frecuencia causan fiebre y vómitos.
- Los antibióticos.
- Las obstrucciones parciales también causan descargas de mal olor, calambres, salida forzada de materia fecal líquida.
- Desequilibrio de electrolitos: los electrolitos son sales y minerales de la sangre, como potasio, magnesio y sodio. Su equilibrio es muy importante. Cuando se extirpa el colon (intestino grueso), se corre un mayor riesgo de tener un desequilibrio de electrolitos. La diarrea, el vómito y la sudoración aumenta este riesgo.
- Deshidratación: signos y síntomas de deshidratación, como sed, sequedad de la boca, mareos, sensación de cansancio, menor cantidad de orina o de color amarillo oscuro, sensación de inquietud, nerviosismo (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 37).

Si se deshidrata:

- Necesita beber suero de rehidratación oral.
- La pérdida de apetito, mareos y calambres en las piernas son síntomas de pérdida de sodio. El cansancio, la debilidad muscular y la falta de aliento son síntomas de pérdida de potasio (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 37).

Debe asistir a urgencias si presenta:

- Calambres que duran de dos a tres horas.
- Náuseas y vómitos continuos.
- Mal olor de la colostomía que dura más de una semana (esto puede ser un signo de infección).
- Herida profunda o lesión de la ostomía.
- Irritación grave de la piel o úlceras.

- Sangrado continuo donde el estoma hace contacto con la piel.
- Cambio inusual en el tamaño y color del estoma (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 37).

Recomendaciones sobre la dieta

- La mayoría de las personas con ostomía pueden volver a comer alimentos que normalmente consumían. Si tiene una dieta especial debido a problemas del corazón, diabetes u alguna otra condición de salud, consulte al médico y al nutricionista.
- Consuma alimentos cocinados y evite el consumo de alimentos como ensaladas, verduras crudas y frutas.}
- Consuma aquellos alimentos que le prohibieron después de cirugía de manera gradual, al principio pequeñas cantidades y luego aumente lentamente. Si llega a presentar calambres o diarrea, evítelos, pero vuelva a intentar en unas semanas de manera gradual.
- Mastique bien y observe la tolerancia a los alimentos.
- Tome mucho líquido; se recomienda beber de ocho a diez vasos al día.
- Beba más líquido si suda o vive en clima caliente (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 38).

Después del tratamiento, ¿debo continuar asistiendo a controles médicos?

Después de completar el tratamiento es muy importante acudir a todos los controles médicos. Durante estas citas le realizarán pruebas sanguíneas y eventuales exámenes radiológicos. Adicionalmente, se controlarán los posibles efectos secundarios de la terapia realizada. Estos controles se efectúan al menos cada tres meses (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 41).

¿En quién puedo buscar apoyo?

Hay muchas fuentes de apoyo disponibles para las personas con cáncer y sus cuidadores:

- Su equipo médico: si necesita ayuda práctica o apoyo emocional, los miembros de su equipo médico pueden informarle acerca de servicios e instituciones disponibles que brindan apoyo a las personas con cáncer y sus familiares.

- Familia y amigos: para usted puede ser muy favorable que las personas más cercanas se conviertan en su apoyo y compañía, al proporcionarle ayuda en los momentos en que usted lo requiera. Acepte la ayuda que le ofrecen.
- Personas que han tenido una experiencia similar: muchos hombres y mujeres con cáncer de colon o recto pueden estar pasando por una situación muy parecida a la suya. Es muy útil vincularse con grupos de ayuda mutua, donde pueden intercambiar sus experiencias, informaciones, recursos y, sobre todo, pueden expresarse con la seguridad de que serán escuchados con sensibilidad y atención por otros hombres y mujeres.
- Usted mismo: mantenerse positivo, buscar espacios de meditación, relajación y realizar actividades agradables favorecen el bienestar mental, espiritual y físico (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, 2013, págs. 45).

9.5. Detección temprana cáncer de estómago.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; realizara la orden de egreso y plan de cuidado para promover y mantener la salud integral a todo paciente adulto y del adulto mayor en la realización de la tamización en paciente de alto riesgo de cáncer gástrico contribuyendo a la detección temprana de cáncer de estómago y realizara las actividades de prevención terciaria (Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y Paliación) conforme a la Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico y demás investigaciones que fortalezcan el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Objetivo

Detectar el cáncer de estómago en estadios tempranos las lesiones preneoplásicas gástricas (gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia en población adulta (Guía Practica Clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2014, pág. 2).

Población Sujeto

Pacientes de alto riesgo de CG a partir de los 40 años, asintomáticos con y sin factores de riesgo para cáncer gástrico, o con sospecha o diagnóstico de lesiones premalignas (gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia y pacientes con gastritis crónica con y sin infección por H. pylori) (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018).

Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado, la endoscopia – biopsia, gastrina – 17, pepsinógeno, uso de pruebas en paralelo o de forma independiente.
- Gestión y entrega de resultados.
- Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer de gástrico según hallazgos clínicos o factores de riesgo identificados en el paciente para el diagnóstico temprano de cáncer gástrico: Seguimiento lesiones preneoplásicas gástricas
  - Endoscopia
  - Pepsinógeno
  - Gastrina – 17

Diagnóstico masivo en población sin factores de
- Endoscopia
- Pepsinógeno
- Gastrina – 17

Radiología indirecta (Guía Practica Clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2014, pág. 3)..

Talento Humano

Profesional en medicina general entrenado o médicos especialistas en medicina interna, gastroenterólogos, cirujanos y patólogos.

Profesional de enfermería, auxiliares de enfermería, químico farmacéutico con constancia en cuidado integral del paciente con quimioterapia.

Descripción del procedimiento

Las personas con lesiones precancerosas gástricas, como la gastritis atrófica, la metaplasia intestinal y la displasia, constituyen un grupo de alto riesgo de desarrollo de cáncer gástrico. Esta población se beneficiaría de los esfuerzos encaminados a la prevención de la entidad. Por ahora, las acciones se dirigen a la detección de lesiones avanzadas **(no existe un programa de cribado nacional),** así como a la intervención sobre aquellos factores de riesgo cruciales en la carcinogénesis. El CG es detectado en estadios avanzados cuando las posibilidades de manejo están muy limitadas, con cifras altas de recurrencia y resultados pobres en supervivencia. Estos hallazgos sugieren que los esfuerzos encaminados a la prevención y detección temprana del CG constituyen, quizás, la estrategia más importante para impactar favorablemente la carga de la enfermedad (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 40).

Se ha establecido que los factores de riesgo más comunes para el CG incluyen la infección **por H. pylori, el tabaquismo, la alta ingesta de sal, los antecedentes familiares de cáncer gástrico y la procedencia del paciente.** El CG es una enfermedad heterogénea, con diferencias en la población según su procedencia, con características epidemiológicas particulares relacionadas con la localización del tumor, tipo histológico, tipo de tratamiento, pronóstico y características moleculares e inmunológicas (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 42).

¿Cuál es la efectividad y seguridad de erradicar la infección por helicobacter pylori para prevenir la aparición de cáncer gástrico en población adulta?

Erradicación de H. pylori comparado con placebo o no tratamiento en pacientes aparentemente sanos o con lesiones preneoplásicas

Una revisión sistemática evaluó la efectividad y la seguridad de erradicar la infección por H. pylori para la prevención de cáncer gástrico en adultos asintomáticos aparentemente sanos o con lesiones preneoplásicas (gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia). Evidencia de baja calidad sugiere que, cuando se compara frente a placebo o no tratamiento, erradicar la infección por H. pylori reduce la incidencia de cáncer gástrico (RR 0.66, IC 95% 0.46 a 0.95) sin que esto se vea reflejado en una menor mortalidad por cáncer gástrico (RR 0.67, IC 95% 0.40 a 1.11). El análisis por subgrupos acorde a población incluida (aparentemente sana versus con lesiones preneoplásicas) no documentó diferencias estadísticamente significativas, lo que sugiere que el efecto de la intervención podría no ser diferente entre los subgrupos (valor de p prueba de subgrupos: 0.45). Ninguno de los estudios incluidos reportó efectos adversos derivados de la terapia (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 42).

Erradicación de H. pylori acorde al tipo de lesión preneoplásica

Una revisión sistemática (30) evaluó la efectividad de erradicar la infección por H. pylori para la prevención de cáncer gástrico en pacientes con lesiones preneoplásicas (gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia). Evidencia de baja calidad sugiere que, cuando se compara frente al grupo control, la terapia de erradicación para H. pylori podría estar asociada con una menor incidencia de cáncer gástrico (OR 0.66, IC 95% 0.46. a 0.94), sin que el análisis por subgrupos acorde al subtipo de población incluida documente diferencias estadísticamente significativas (valor de p prueba de subgrupos: 0.60) (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 42).

9.5.1. **Diagnóstico**

¿Cuál es la exactitud diagnóstica de las pruebas invasivas y no invasivas para confirmar la presencia de lesiones precursoras de malignidad (gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia)?

Endoscopia convencional con luz blanca

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica de la endoscopia convencional de luz blanca para la detección de cáncer gástrico en estadio temprano. La endoscopia con luz blanca posee una sensibilidad de 0.48 (IC 95% 0.39 a 0.57) con una especificidad de 0.67 (IC 95% IC 0.62 a 0.71), lo que corresponde a un LR+ de 1.5 junto con un LR– de 0.7. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 43).

Endoscopia de alta definición con luz blanca

Un estudio de exactitud diagnóstica evaluó el desempeño operativo de la endoscopia con luz blanca de alta definición para el diagnóstico de metaplasia intestinal gástrica. La endoscopia con luz blanca de alta definición posee una sensibilidad del 0.75 (IC 95% 0.62 a 0.85) con una especificidad del 0.94 (IC 95% 0.90 a 0.97), lo que corresponde a un LR+ de 13.0 junto con un LR – de 0.25. Resultados que significan que la endoscopia de alta definición posee un excelente desempeño a la hora de detectar metaplasia intestinal pero un mal desempeño para descartar esta entidad. La calidad de la evidencia fue moderada (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 43).

Endoscopia con imagen mejorada

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica de la endoscopia con imagen mejorada para la detección de metaplasia o displasia gástrica. La endoscopia con imagen mejorada posee una sensibilidad de 0.65 (IC 95% 0.56 a 0.74) con una especificidad de 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.97), lo que corresponde a un LR+ de 7.5 junto con un LR– de 0.36. Resultados que significan que esta prueba posee un buen desempeño a la hora de detectar metaplasia o displasia gástrica pero un mal desempeño cuando se desea descartar esta entidad. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 43).

Endoscopia con imagen mejorada y magnificación endoscópica

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica de la Endoscopia con Imagen Mejorada con Magnificación Endoscópica para la detección de metaplasia o displasia gástrica. La endoscopia con imagen mejorada con magnificación endoscópica posee una sensibilidad de 0.76 (IC 95% 0.61 a 0.87) con una especificidad de 0.89 (IC 95% 0.80 a 0.94), lo que corresponde a un LR+ de 6.3 junto con un LR– de 0.28. Resultados que significan que esta prueba posee un buen desempeño a la hora de detectar metaplasia o displasia gástrica pero un mal desempeño cuando se desea descartar esta entidad. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 43).

.

Endomicroscopía confocal láser

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica de la endoscopia acompañada de endomicroscopía confocal láser para la detección de gastritis atrófica. La endoscopia acompañada de endomicroscopía confocal láser posee una sensibilidad de 0.88 (IC 95% 0.85 a 0.90) y una especificidad de 0.98 (IC 95% 0.98 a 0.98), lo que corresponde a un LR+ de 44.0 junto con un LR– de 0.12. Resultados que significan que la endoscopia acompañada de endomicroscopía con focal laser posee un excelente desempeño a la hora de detectar la presencia de gastritis atrófica y un buen desempeño a la hora de descartar dicha condición. La calidad de la evidencia fue moderada. Otra revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica de la endoscopia acompañada de endomicroscopía confocal láser para la detección de metaplasia intestinal gástrica. Se documentó una sensibilidad de 0.93 (IC 95% 0.91 a 0.94) y una especificidad de 0.98 (IC 95% 0.98 a 0.98), lo que corresponde a un LR + de 46.0 junto con un LR– de 0.07. Esto significa que la endomicroscopía con focal laser posee un excelente desempeño a la hora de detectar o descartar la presencia de metaplasia intestinal. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 43).

.

Cresta azul clara para diagnosticar metaplasia intestinal

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica de la cresta azul clara bajo endoscopia con imagen mejorada con magnificación endoscópica para la detección de metaplasia intestinal gástrica. La cresta azul clara tiene una sensibilidad del 0.86 (IC 95% 0.83 a 0.89) y una especificidad de 0.88 (IC 95% 0.84 a 0.91), lo que corresponde a un LR+ de 7.13 junto con un LR– de 0.15. Lo que significa que con esta técnica

endoscópica se posee un buen desempeño a la hora de detectar o descartar la presencia de metaplasia intestinal. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 43).

.

Pepsinógeno sérico para detección de cáncer gástrico en población considerada de riesgo promedio

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica del Pepsinógeno I (PGI) y la relación Pepsinógeno I/Pepsinógeno II (PGI/PGII) para la detección de cáncer gástrico. Los autores encontraron que, para el punto de corte PGI <70ng/ml y relación PGI/PGII < 3.0, poseen una sensibilidad de 0.77 (IC 95% 0.69 a 0.83) y una especificidad de 0.73 (IC 95% 0.72 a 0.73); lo que corresponde a un LR + 2.8 y a un LR- de 0.31. Esto significa que el pepsinógeno sérico posee un pobre desempeño a la hora de detectar o descartar la presencia de Cancer gástrico. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 44).

Pepsinógeno sérico para detección de cáncer gástrico en población considerada de alto riesgo

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica del PGI y PGI/PGII para la detección de cáncer gástrico. La prueba se analizó en pacientes en periodo de seguimiento por gastritis atrófica, metaplasia y cáncer gástrico. Los autores encontraron, para los puntos de corte de PGI <70 ng/mL y relación PGI/PGII < 3.0, una sensibilidad de 0.57 (IC 95% 0.49 a 0.65) y una especificidad de 0.80 (IC 95% 0.76 a 0.84), lo que corresponde a un LR + de 2.8 junto con un LR– de 0.53; esto debe interpretarse así: el pepsinógeno sérico posee un pobre desempeño a la hora de detectar o descartar la presencia de cáncer gástrico, en esta población considerada de alto riesgo. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 44).

Gastrina-17 para diagnosticar gastritis atrófica

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica de Gastrina-17 para la detección de gastritis atrófica. La gastrina-17 posee una sensibilidad de 0.48 (IC 95% 0.45 a 0.51) y una especificidad de 0.79 (IC 95% 0.77 a 0.81), lo que corresponde a un LR+ de 2.5 junto con un LR– de 0.5. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

Combinación G-17, pepsinógeno I - II y anticuerpo IgG para H. pylori para diagnosticar gastritis atrófica.

Una revisión sistemática evaluó la exactitud diagnóstica del uso combinado de las pruebas G-17 para antro, PGI, PGII, y anticuerpo IgG para H. pylori (HPab) para la detección de gastritis atrófica de cualquier ubicación. Los autores encontraron que la sensibilidad de la prueba fue de 0.75 (IC 95% 0.62 a 0.84) con una especificidad de 0.96 (IC 95% 0.93 a 0.97). El LR+ fue de 16.9 con un LR– de 0.2; es decir, que el uso combinado de estas pruebas posee un excelente desempeño a la hora de detectar gastritis atrófica pero un pobre desempeño cuando se pretende descartar esta condición. La calidad de la evidencia fue muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

Se recomienda el uso de endoscopia de luz blanca (más cromoendoscopia siempre que esté disponible) con biopsia según protocolo de Sídney para la detección de condiciones precursoras y lesiones preneoplásicas gástricas en pacientes con sospecha (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

¿Cuál debe ser la periodicidad de la endoscopia para el seguimiento de las lesiones precursoras de malignidad para la detección temprana de cáncer gástrico en población adulta?

Recomendaciones de vigilancia endoscópica de pacientes con lesiones preneoplásicas

La Sociedad Americana de Gastroenterología Endoscópica (AGREE II 34%) desarrolló unos estándares de práctica, con el fin de orientar el papel de la endoscopia en condiciones neoplásicas y preneoplásicas. La guía emitió las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere vigilancia endoscópica para pacientes con metaplasia intestinal gástrica, quienes se encuentren en riesgo de cáncer gástrico debido a historia familiar o etnicidad.

Los intervalos de la vigilancia deben individualizarse en cada caso. Calidad de la evidencia: baja.

- Se recomienda vigilancia y resección endoscópica para pacientes con metaplasia intestinal gástrica confirmada con displasia de alto grado. Calidad de la evidencia: moderada.

Una guía de práctica clínica (MAPS II) basada en la evidencia (AGREE II: 43%), presenta recomendaciones para el manejo de pacientes con

condiciones preneoplásicas y lesiones gástricas. Las recomendaciones formuladas por el panel fueron:

- #n pacientes con displasia, en ausencia de una lesión endoscópica definida, se recomienda reevaluación mediante endoscopia de alta calidad con cromoendoscopia. Si no se detecta ninguna lesión, se deben tomar biopsias para estadificación de gastritis y realizar vigilancia dentro de los 6 meses para displasia de grado alto o 12 meses para displasia de grado bajo.
- Para pacientes con atrofia (leve a moderada) restringida al antro, no existe evidencia para recomendar vigilancia.
- Pacientes con metaplasia intestinal en un solo lugar, con historia familiar de cáncer gástrico o metaplasia intestinal (MI) incompleta o gastritis persistente con H. pylori, se sugiere vigilancia endoscópica con cromoendoscopia y biopsias guiadas en un periodo de 3 años.
- Pacientes con estadios avanzados de gastritis atrófica deben seguirse con endoscopia de alta calidad cada 3 años.
- Se sugiere que pacientes con estadios avanzados de gastritis atrófica y con historia familiar de cáncer gástrico, reciban un seguimiento intensivo (cada 1 o 2 años después del diagnóstico).
- Se sugiere que pacientes con gastritis autoinmune tengan un seguimiento entre 3 y 5 años (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

Riesgo de progresión de cáncer gástrico en pacientes con lesiones preneoplásicas

Una revisión sistemática se desarrolló con el objetivo de determinar el riesgo de progresión de cáncer gástrico en población adulta con diagnóstico de metaplasia intestinal o atrofia gástrica mediante biopsia realizada con endoscopia. El rango de tasa de incidencia de cáncer gástrico en pacientes con gastritis atrófica fue de 0.53 a 15.24 por 1000 personas/año. No se realizó metaanálisis por alta heterogeneidad. Un estudio de moderada calidad en Japón presentó una tasa de incidencia mayor que el promedio de 15.24/1000 personas/año (IC 95% 7.62 a 30.5) (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

La tasa de incidencia de cáncer gástrico en pacientes con metaplasia intestinal se identificó en 18.800 pacientes. El rango de la tasa de incidencia reportado fue de 0.38 a 17.08 por 1000 personas/año. Se presentó alta heterogeneidad por lo que no se realizó metaanálisis. Un estudio realizado en EE.UU., de moderada calidad, presentó una tasa de incidencia más alta que el promedio de 17.08 por 1000 personas/año (Guía de práctica clínica

para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

Un estudio de cohorte evaluó la incidencia de cáncer gástrico en lesiones premalignas. 166 pacientes con displasia, metaplasia intestinal, gastritis atrófica, hiperplasia foveolar, cambios regenerativos, pólipos o ulceras tuvieron endoscopias de vigilancia anual. 1.753 pacientes atendieron endoscopia de libre acceso. De este grupo, 22 pacientes presentaron cáncer gástrico (1.3%). En un periodo de 10 años, 14 canceres se detectaron en el grupo vigilado anualmente. El riesgo de cáncer gástrico fue del 11% en pacientes con metaplasia intestinal y gastritis atrófica. En el grupo que tuvo vigilancia anual se detectaron más cánceres en estadios I y II (67%) que en el grupo de endoscopia de libre acceso (23%, $p<0.05$) y una mayor sobrevida global (50% y 10% $p < 0.05$) (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

Un estudio de casos y controles evaluó si, en una población colombiana de alto riesgo para cáncer gástrico, diferentes patrones topográficos y fenotipos de metaplasia intestinal están asociados a los diferentes grados de riesgo de cáncer. 68 casos con cáncer gástrico y 67 controles con dispepsia no ulcerosa se estudiaron a través de biopsia endoscópica. Se identificaron cuatro patrones de intestinalización: 1. Focal (14 pacientes con cáncer y 16 controles); 2. Predominantemente antral (7 pacientes con cáncer y seis controles); 3. Curvatura menor desde el cardias hasta el píloro (25 pacientes con cáncer y 4 controles); 4. Difuso (13 pacientes con cáncer). De los 135 sujetos, 30 tuvieron metaplasia intestinal focal. El 93% de estos presentaron metaplasia incompleta en dos o tres sitios focales y 2 pacientes presentaron metaplasia incompleta. En el caso de pacientes con más de 7 sitios metaplásicos se detectó, en el 16%, metaplasia incompleta. Esto sugiere que la probabilidad de detectar metaplasia incompleta es más baja cuando la metaplasia es rara (menor a 3 sitios) ($X2$: 15.11 $p < 0.001$) (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

No se recomienda el seguimiento endoscópico en los pacientes con gastritis crónica con puntajes OLGA u OLGIM 0/I/II.

Recomendación basada en opinión de expertos

Se recomienda la vigilancia con cromoendoscopia digital o endoscopia de alta calidad cada 2 años en pacientes con gastritis atrófica o metaplasia intestinal extensa que comprometan antro y cuerpo (OLGA/OLGIM III/IV). Recomendación basada en opinión de expertos (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

Se recomienda que el reporte de patología de las biopsias gástricas use el sistema de clasificación OLGA/OLGIM (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

Se recomienda reevaluar a los pacientes con displasia de bajo grado sin lesión focal definida mediante cromoendoscopia o endoscopia de alta calidad (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

En caso de no detectar lesiones en los pacientes con displasia de bajo de grado en la reevaluación, se recomienda realizar endoscopia a los 12 meses (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

En caso de no detectar displasia de alto grado sin lesión visible, se recomienda realizar seguimiento endoscópico a los 6 meses. Recomendación basada en opinión de expertos (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

En todos los casos de displasia, se debe realizar una evaluación de la biopsia por un segundo patólogo (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 45).

¿Cuál es la exactitud diagnóstica de las diferentes estrategias de tamización para la detección temprana de cáncer gástrico?

Serie gastrointestinal superior para tamizar cáncer gástrico en población general asintomática

Un estudio de exactitud diagnóstica evaluó el desempeño operativo de la serie gastrointestinal superior, como estrategia de tamización de oportunidad en población general asintomática. Basados en este estudio, se pudo documentar que cuando se trata de tamización de prevalencia, la prueba índice adquiere una sensibilidad de 0.89 (IC 95% 0.71 a 0.97) y una especificidad de 0.86 (IC 95% 0.84 a 0.86), lo que corresponde a un LR+ de 6.36 junto con un LR– de 0.13, para una tasa de detección de 14.8 (13.8 a 15.7) casos por cada 1000 pesquisas realizadas durante la primera ronda. Por su parte, en lo que respecta a tamización de incidencia (11.417 participantes), la serie gastrointestinal superior posee una sensibilidad de 0.88 (IC 95%: 0.66 a 0.97) y una especificidad de 0.89 (IC 95%: 0.88 a 0.90), lo que corresponde a un LR+ de 8.1 junto con un LR– de 0.12, para una tasa de detección de 11 (10.4 a 11.5) casos por cada 1.000 exámenes realizados en rondas subsecuentes. La calidad de la evidencia fue baja (Guía de

práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 46).

Sobrediagnóstico

La proporción de sobrediagnóstico para la serie gastrointestinal superior es de 6% para primera ronda y de 3% para rondas subsecuentes (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 46).

Endoscopia para tamizar cáncer gástrico en población general asintomática

Un estudio de exactitud diagnóstica evaluó el desempeño operativo de la tamización endoscópica, como estrategia de tamización de oportunidad en población general asintomática. Basados en este estudio, se pudo documentar que la prueba índice adquiere una sensibilidad de 0.96 (IC 95%: 0.88 a 0.99) y una especificidad de 0.85 (IC 95%: 0.84 a 0.86,) lo que corresponde a un LR+ de 6.4 junto con un LR– de 0.05 para una tasa de detección de 15.6 (14.8 a 16.5) casos por cada 1.000 pesquisas realizadas en primera ronda. Por su parte, en lo que respecta a tamización de incidencia (18.021 participantes), la endoscopia posee una sensibilidad de 0.98 (IC 95% 0.92 a 0.99) y una especificidad de 0.89 (IC 95% 0.88 a 0.89), lo que corresponde a un LR+ de 8.9 junto con un LR– de 0.02, para una tasa de detección de 11.2 (10.8 a 11.7) casos por cada 1.000 exámenes realizados en rondas subsecuentes. Esto significa que la endoscopia posee un buen desempeño como estrategia de tamización cuando se quiere detectar o descartar la presencia de cáncer gástrico en la población general asintomática. La calidad de la evidencia fue baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, págs. 46,47).

Sobrediagnóstico

La proporción de sobrediagnóstico para la tamización endoscópica es de 7% para primera ronda y de 2% para rondas subsecuentes (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 46).

Prueba de pepsinógeno sérico para tamizar población asintomática aparentemente sana (hombres sanos 10 años de seguimiento)

Un estudio de exactitud diagnóstica (44) evaluó el desempeño operativo del pepsinógeno sérico como estrategia de tamización de oportunidad en población general asintomática en Wakayama (Japón).

Luego de 10 años de seguimiento, se pudo documentar que, cuando se trata de PG I ≤70 ng/ml y PG I/II ≤3.0, la sensibilidad de esta estrategia es de 0.59 (IC 95% 0.46 a 0.71) con una especificidad de 0.73 (IC 95% 0.72 a 0.75), lo que corresponde a un LR+ de 2.18 junto con un LR– de 0.56; para PG I ≤50 y PG I/II ≤3.0, la sensibilidad reportada fue de 0.49 (IC 95%: 0.37 a 0.62) con una especificidad de 0.81 (IC 95% 0.79 a 0.82), lo que corresponde a un LR+ de 2.58 junto con un LR– de 0.63. Finalmente, para un punto de corte PG I ≤30 ng / mL y PG I/II ≤2.0, la sensibilidad observada fue de 0.27 (IC 95%: 0.17 a 0.40) junto a una especificidad de 0.92 (IC95% 0.91 a 0.93), equivalente a un LR+ de 3.4 junto con un LR– de 0.8; es decir que el pepsinógeno sérico posee un mal desempeño como estrategia de tamización, cuando se quiere detectar o descartar la presencia de cáncer gástrico en hombres asintomáticos. Cabe anotar que a lo largo del estudio se desarrollaron 63 casos de cáncer gástrico, lo que equivale a una tasa de incidencia de 125 entre 100.000 persona/año en la cohorte luego de 10 años de seguimiento. La calidad de la evidencia fue baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 46).

Las tasas de falsos negativos y positivos oscilan entre un 51% y un 73% y entre un 8% y 19% respectivamente, para los puntos de corte PG I ≤50 ng/ml y PG I/II ≤3.0, y PG I ≤30 ng/ml y PG I/II ≤2 (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 46).

Se recomienda realizar endoscopia de vía digestiva alta a los pacientes adultos con sistemas de dispepsia. Calidad de la evidencia: Muy baja (Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, 2022, pág. 46).

9.5.2. **Tratamiento**

Atrofia gástrica

Debido a que el CG se desarrolla a través de un largo período de años a décadas, la frecuencia de atrofia gástrica es muy baja antes de los 40 años (<5 %) y el porcentaje de pacientes con CG menores de 40 años corresponde al 5,9 %. Un estudio previo de Pelayo Correa realizado en una zona de alta incidencia de CG reportó una prevalencia de gastritis crónica atrófica del 57 %, metaplasia intestinal del 38 % y displasia del 10 % en individuos mayores de 40 años. Esto significa que la presencia de lesiones precan-cerosas y su identificación pueden tomar también varios años. Por ello el seguimiento endoscópico en pacientes con alto riesgo puede ayudar a identificar lesiones

malignas en estado temprano cuando son todavía operables y tienen alta probabilidad de ser curadas. Un estudio con seguimiento a 10 años reportó que las cifras de progresión a CG para pacientes con gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia leve y displasia grave son de 0,8 %, 1,8 %, 4 % y 33 %, respectivamente (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 183).

Los pacientes con atrofia o metaplasia intestinal extensa deben ser seguidos con endoscopia cada 3 años y los pacientes con atrofia moderada o metaplasia intestinal limitada solo al antro no necesitan seguimiento. El manejo debe ser individualizado de acuerdo con otros factores tales como historia familiar de CG, origen geográfico, tabaquismo e ingesta de sal (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 183).

La presencia de displasia es un indicador de alto riesgo para CG y debe ser confirmada y clasificada por dos patólogos debido a la variabilidad interobservador (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 183).

Las guías europeas han recomendado que los pacientes con gastritis atrófica extensa o metaplasia intestinal extensa deben tener seguimiento endoscópico cada 3 años. La incidencia de CG en 10 años de seguimiento para los pacientes con gastritis atrófica es del 0,8 % y para los pacientes con metaplasia intestinal del 1,8 %, por lo que el seguimiento endoscópico de estos 2 grupos debería ser diferente.

Se ha establecido un **sistema de evaluación de la atrofia (OLGA), basado en el grado de atrofia y su localización.** Cuando se está dentro del dominio del diagnóstico y seguimiento de las lesiones premalignas, se recomienda que los pacientes llevados a endoscopia tengan al menos 5 muestras incluidas 2 del antro, 2 del cuerpo y 1 de la incisura. La necesidad de esta última biopsia se basa en la evidencia de que la prevalencia de metaplasia intestinal es mayor en este sitio, en comparación con cualquier otra parte del estómago. La metaplasia intestinal generalmente se inicia en la incisura y se disemina hacia el antro y hacia el cuerpo.

Metaplasia intestinal

La metaplasia intestinal se clasifica en completa e incompleta. Si la metaplasia intestinal es reversible o no, es motivo de controversia, por lo que se consideraba como un punto de no retorno. La metaplasia intestinal completa se considera un proceso reactivo de corto tiempo que generalmente regresa, mientras que la metaplasia intestinal incompleta está relacionada con injurias y cronicidad prolongadas, por lo cual es más factible que progrese a displasia (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 183).

Los pacientes con metaplasia intestinal pueden tener hasta 10 veces más riesgo de CG que la población general. Existe controversia acerca de la utilidad de clasificar la metaplasia intestinal en la práctica clínica. La presencia de metaplasia intestinal incompleta incrementa significativamente el riesgo de CG, en comparación con la metaplasia intestinal completa (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 183).

La prevención y tratamiento de la atrofia gástrica y la metaplasia intestinal disminuyen la prevalencia del CG. La erradicación de H. pylori es el manejo y un paso fundamental. La detección del CG en sus estadios tempranos es la otra estrategia en estos pacientes (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 183).

Correa propuso un algoritmo para el manejo y seguimiento de las lesiones preneoplásicas. Para pacientes con metaplasia intestinal, debe medirse la presencia de H. pyloriy la extensión de la metaplasia intestinal. Si la infección está presente, debe recibir tratamiento; y si la metaplasia intestinal es extensa y es incompleta, la endoscopia digestiva debe repetirse al año y luego cada 3 años si la lesión persiste; de lo contrario no se requiere el seguimiento. Por esto, los pacientes con metaplasia intestinal con al menos uno de estos factores de riesgo (metaplasia intestinal incompleta, historia familiar, antecedentes de tabaquismo e ingesta de sal) podrían tener mayor riesgo de desarrollar CG y probablemente se beneficiarían de un control y seguimiento endoscópico más intenso y frecuente (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 183).

La endoscopia digestiva tiene mal rendimiento diagnóstico en Occidente, por lo que el diagnóstico de atrofia gástrica y metaplasia intestinal requiere biopsias sistemáticas del cuerpo y del antro. El protocolo para estadificación con el sistema OLGA incluye 5 biopsias: 2 del antro, 2 del cuerpo y 1 de la incisura. Un mayor número de biopsias puede aumentar la sensibilidad (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 184).

Un trabajo de casos y controles utilizando el protocolo de OLGA identificó un 61,8 % más de casos de atrofia en comparación con los protocolos con menos biopsias. Esto podría permitir la corrección del subdiagnóstico de la atrofia gástrica (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

Por lo anterior se justificaría practicar endoscopia digestiva de calidad a partir de los 40 años en la población de alto riesgo en busca de las lesiones premalignas, que dependiendo de su extensión y del riesgo de CG de

acuerdo con el sistema OLGA, definirían la frecuencia de la endoscopia como seguimiento (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

La metaplasia intestinal es una condición premaligna que puede resultar de un proceso adaptativo a un estímulo del medio como el de la infección por el H. pylori, tabaquismo y alta ingesta de sal. En estudios ingleses se evaluaron los beneficios de seguimiento de los pacientes con metaplasia intestinal y se encontró que la incidencia de CG fue del 11 %. El seguimiento endoscópico estuvo asociado con la detección más temprana del CG y mejoría en la supervivencia (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

En estudios europeos de pacientes con metaplasia intestinal, displasia y seguimiento endoscópico, las cifras de detección de cáncer variaron del 33 % al 85 % (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

En Estados Unidos (poblaciones de bajo riesgo) el riesgo de progresión es bajo y el seguimiento clínico no está indicado a menos que existan otros factores de riesgo para CG como historia familiar o procedencia de países asiáticos o latinoamericanos (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

Un consenso europeo sugiere que, si la displasia de bajo grado se detecta en un paciente con metaplasia intestinal, debe realizarse un seguimiento endoscópico con mapeo y biopsias dentro de 1 año. La frecuencia ideal de seguimiento endoscópico no es conocida. **El seguimiento puede suspenderse cuando 2 endoscopias consecutivas son negativas para displasia.** A diferencia de los pacientes con displasia de bajo grado, los de alto grado deben ser llevados a resección quirúrgica o endoscópica, debido a la alta probabilidad de coexistir con adenocarcinoma invasor. El 25 % de los pacientes con displasia de alto grado puede progresar a adenocarcinoma en 1 año. Si se identifica la infección por H. pylori, debe erradicarse (permanece la controversia de si debe realizarse la erradicación empírica cuando se diagnostica la metaplasia intestinal) (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

La presencia de metaplasia intestinal incompleta es un predictor reconocido de mayor riesgo para el desarrollo de displasia de alto grado o CG en áreas con alta prevalencia como Japón. Varios estudios han concluido que la metaplasia intestinal incompleta identifica pacientes con alto riesgo de desarrollar CG y ellos requieren seguimiento intensivo (Cáncer gástrico: una

enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

Displasia

La displasia gástrica es una lesión precancerosa y es el penúltimo estado en la cascada de la oncogénesis gástrica, como lo formula Correa. Por esto la identificación, manejo y seguimiento de esta lesión es importante en la detección temprana y prevención del CG. La displasia usualmente se clasifica como de bajo y alto grado (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

Los pacientes con displasia generalmente son hombres y 10 años más jóvenes que sus familiares con CG (61,35 años para displasia y 70 años para CG) (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

La displasia puede encontrarse en cualquier parte del estómago, pero la mayoría de las veces se encuentra en el antro. También la mayoría de las veces la displasia se descubre incidentalmente durante endoscopias de tamizaje (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

El riesgo real de progresión de la displasia a carcinoma no está claro. Es difícil establecer la historia natural de la displasia. Sin embargo, varios estudios han demostrado que la displasia de alto grado tiene un alto riesgo de progresar a carcinoma o cursar con carcinoma sincrónico. Se han reportado cifras que varían del 60 % al 85 % en un intervalo de 4 a 48 meses. También se sabe que el 25 % de los pacientes con displasia de alto grado al cabo de 1 año han progresado a carcinoma (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

En relación con su manejo, las lesiones de alto grado requieren resección endoscópica, debido a su potencial de progresión a carcinoma y a la coexistencia con el carcinoma. Cuando las lesiones no están bien definidas endoscópicamente, se recomienda que se les realice seguimiento 1 año después del diagnóstico. Las lesiones con displasia de alto grado deben manejarse con resección endoscópica (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

En ocasiones la resección endoscópica está indicada no solo como diagnóstico sino como tratamiento de la displasia (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 186).

Fase asintomática (de tamizaje)

Es el período asintomático durante el cual un cáncer puede detectarse a través de exámenes de tamizaje antes de que los síntomas típicos del diagnóstico aparezcan. Esta fase está definida como el tiempo desde el inicio del cáncer hasta el inicio de los síntomas. Es el momento ideal para los programas de tamizaje (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

Este período es un concepto teórico, actualmente imposible de medir en cada caso particular, pero es el parámetro estadísticamente más importante para definir el intervalo del tamizaje en la población general. Este tiempo se ha definido para el CG de 2,37 años en promedio y es el soporte para el intervalo de tamizaje cada 2 años, como lo han sugerido los coreanos. Sin embargo, cambia con la edad del siguiente modo: en la población de 40 a 49 años es 1,25 años; de 50 a 59 años, de 3,18 años; y de 60 a 69 años, de 3,74 años. Esto puede explicar por qué cuando es necesario realizarse el tamizaje con endoscopia en grupos de alto riesgo, este seguimiento debe ser hecho cada año o cada 2 años (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

Cuando el diagnóstico del cáncer se realiza por tamizaje, la supervivencia puede ser larga y la curación puede ser posible. Sin embargo, el CG tiene un tiempo en esta fase relativamente corto. Los cánceres con fase asintomática larga, como el de próstata, pueden diagnosticarse de forma temprana y asintomática por el beneficio del antígeno prostático específico (PSA), como forma de tamizaje. Por su parte, un CG temprano progresa a CG avanzado en 33 a 48 meses y parte de este tiempo puede cursar asintomático (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 185).

Fase sintomática

El CG en su estadio inicial prácticamente es asintomático y cuando aparecen los síntomas la enfermedad se encuentra muy avanzada, momento en el cual el tratamiento quirúrgico curativo frecuentemente es imposible. En esta fase, la supervivencia de los pacientes con CG es de solo el 10 % (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 186).

El riesgo de desarrollar CG se incrementa con la edad y ocurre más frecuentemente entre los 50 y 80 años de edad. El CG en personas menores de 30 años es raro (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 186).

En el estudio REGATA, sobre un total de 600 pacientes se encontró que el 5,9 % de ellos era menor de 40 años, 10,1 % se encontraba entre los 40 y los 49 años, 18,9 % entre los 50 y 59 años y el 65,1 % era mayor de 60

años. El CG es dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. En este mismo estudio, el 65 % eran hombres y el 35 % mujeres (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 186).

Adrada y colaboradores publicaron en 2008 una serie de pacientes con CG y encontró que el 92,4 % correspondía a lesiones avanzadas. Martínez y colaboradores encontraron que el 97 % de los pacientes tenía tumores avanzados (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 186).

Otro aspecto importante es el costo del manejo de los pacientes con lesiones avanzadas. Gaviria y Cubillos establecieron costos directos (diagnóstico, estadificación, procedimientos médicos y dispositivos médicos) de la atención de los pacientes con CG avanzado, que es de 12 millones para el estadio II y de 27 millones para el estadio III. Se estableció que a mayor estadio de estadificación son mayores los costos (Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural, 2018),Pág 186).

10. Monitorización y Control de Indicadores

El hospital universitario San José de Popayán E.S.E. en cumplimiento de la resolución 202 de 2021, Por el cual se sustituye el anexo técnico de la resolución 4505 (PEDT) haciendo monitoreo de las actividades introducidas por la resolución 3280 de 2018 reportando actividades que no se vigilan por otras fuentes de información.

Se hará reporte mensual de los siguientes indicadores a reportar específicos para la ruta integral de atención integral al paciente con riesgo o presencia de Cáncer.

Proceso Responsable: Epidemiología y Estadística: realizara el reporte de la información.

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	LONGITUD	TIPO	VALORES PERMITIDOS	REQUERIDO
0	Tipo de registro	1	N	2	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SI

2	Código de habilitación IPS primaria	12	N	Tabla REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) Si es desconocido registrar 999.	SI
3	Tipo de identificación del usuario	2	A	Ver tabla de referencia SGDTipoID publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos	SI
4	Número de identificación del usuario	18	A	Número del documento de identificación, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior	SI
5	Primer apellido del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes	SI
6	Segundo apellido del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes. Si el usuario no tiene segundo apellido o no se tiene este dato, Registre NONE en mayúscula sostenida	SI
7	Primer nombre del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.	SI
8	Segundo nombre del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes. Si el usuario no tiene segundo apellido o no se tiene este dato, Registre NONE en mayúscula sostenida	SI
9	Fecha de Nacimiento	10	F	AAAA-MM-DD	SI
10	Sexo	1	A	Ver tabla de referencia PSRGSEXO publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos.	SI
11	Código pertenencia étnica	1	N	Tabla Grupo Etnico publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos.	SI

12	Código de ocupación (toda la población)	4	N	Ver tabla de referencia SGDCIUO publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos, de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) en su última versión vigente. · En los casos en que no se tiene esta información registrar (9999). · En el caso que no aplique registrar (9998).	SI
13	Código de nivel educativo (toda la población)	2	N	Ver tabla de referencia SGDNivEducativo en web.sispro.gov.com, donde se encuentran los valores permitidos.	SI
22	Resultado del tacto rectal	2	N	0 -No aplica 4 -Próstata anormal 5 -Próstata normal 21-Riesgo no evaluado	SI
24	Resultado de la prueba sangre oculta en materia fecal (tamizaje Ca de colon)	2	N	0 -No aplica 4 -Positivo 5 -Negativo 6 -No es posible determinar el resultado 21-Riesgo no evaluado	SI
26	Cáncer de Cérvix	2	N	0 - No aplica	SI
47	Tratamiento ablativo o de escisión posterior a la realización de la técnica de inspección visual (Crioterapia o LETZ)	2	N	0 -No aplica 6 -Sí, se realizó tratamiento ablativo 7 -Sí, se realizó tratamiento de escisión 8 -Sí, se realizó tratamiento homologable a ablativo o de escisión 9 -No se realizó ablación, escisión, ni tratamiento homologable, se requiere de otro procedimiento 10-No se realizó ablación ni	SI

				escisión por otras razones 21-Registro no evaluado	
64	Fecha del tacto rectal	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
66	Fecha de realización colonoscopia tamizaje	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI

73	Fecha de toma PSA	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
91	Fecha de colposcopia	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una Tradición registrar 1805 -01-01 ·Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
99	Fecha de toma biopsia de mama	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01	SI

				·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	
100	Fecha de resultado biopsia de mama	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
101	Resultado de biopsia de mama	3	N	0 -No aplica 1 -Benigna 2 -Atípica (Indeterminada) 3 -Malignidad sospechosa/probable 4 -Maligna 5 -No satisfactoria 21-Riesgo no evaluado	SI

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 202 de 2021. Bogotá, 2021.

De igual forma a continuación se listan los indicadores para el control de las acciones implementadas con base en RIACA dentro del master de indicadores del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Seguimientos

Los indicadores definidos son presentados a sistema de información para la calidad por parte de los responsables de cada indicador y socializados con el referente de las rutas integrales de atención en salud.

Se implementará la metodología de **Paciente Trazador** es una herramienta estratégica utilizada en el proceso de auditoría interna, que permite la evaluación en la prestación de los servicios de salud, mediante el seguimiento del paciente desde su ingreso, durante la estancia, en el proceso de tratamiento y en la

orientación del egreso. De esta forma se logran identificar fortalezas, y debilidades en la atención del paciente, las cuales nos permitirán fortalecer las condiciones que garanticen la calidad en la prestación de estos, y permitirá corregir aquellas debilidades que por el contrario ponen en riesgo la seguridad del paciente y la calidad en la prestación de los servicios.

Con el Paciente Trazador se reconoce la oportunidad en la atención desde el ingreso y durante toda la estancia del paciente. Se evalúan las necesidades, se verifica la planeación del cuidado, el manejo y ejecución interdisciplinario, el seguimiento de las metas de tratamiento y la orientación para el egreso.

Adicionalmente se busca analizar la calidad de la información que está recibiendo durante el proceso a través de la **auditoría de Historia clínica interna** con la finalidad de buscar de forma proactiva las deficiencias en el sistema médico, recomendar mejoras en el servicio clínico y en última instancia, mejorar la calidad de la atención de los pacientes.
la auditoría a la historia clínica considera el análisis de la existencia de información, evaluación de la coherencia de las intervenciones y consistencia de la información registrada en la historia clínica y considerando criterios de la auditoria basada en la evidencia y la jurisprudencia que soportan la ruta integral de atención al paciente con riesgo o presencia de cáncer cuya unidad de análisis es el paciente atendido en un periodo de tiempo.

Número de Indicador	Nombre del Indicador	Subproceso	Objetivo	Numerador	Denominador	Fuente de Información Numerador	Fuente de Información Denominador	Unidad de Medida	Formula de Calculo	Tipología	Periodicidad	Rangos de Calificación			
												Semáforo	Rango Numérico	Semáforo	Rango Numérico
018	Oportunidad para la confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad en la confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente	Total de pacientes atendidos	Base de datos general	Base de datos general	Días	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente / Total de pacientes atendidos	resultado	Descendente	≤	15	>	30
019	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de diagnóstico para detección de cáncer y recto en los últimos diez años	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de colonoscopia para el diagnóstico oportuno de cáncer y recto en personas entre 50 y 75 años	personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años	Total de personas que se les realiza colonoscopia	Estadística	Estadística	%	(personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años / Total de personas que se les realiza colonoscopia *100	proceso	Creciente	≥	100%	<	100%
020	Proporción de hombres mayores de 50 años con factores de riesgo que fueron tamizados con tacto rectal y PSA	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de tacto rectal y PSA que se realizan a hombres mayores de 50 años	Hombres mayores de 50 años, con factores de riesgo que fueron tamizados con tacto rectal y PSA	Total de tacto rectales y PSA	Estadística	Estadística	%	(hombres mayores de 50 años, con factores de riesgo que fueron tamizados con tacto rectal y PSA/ Total de tacto rectales y PSA *100	proceso	Creciente	≥	100%	<	100%
021	Oportunidad para la confirmación diagnóstica de cáncer de próstata	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de cita con urología	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente	Total de pacientes atendidos	Base de datos general	Base de datos general	Días	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente / Total de pacientes atendidos	resultado	Descendente	≤	15	>	30
022	Proporción de hombres con personas de tercio superior normal o superior a los valores según la edad	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de practica de prostatectomía radical en los valores según la edad	Hombres con practica de prostatectomía radical y valores en el tercio superior normal según la edad	Total de Hombres con practica de prostatectomía radical	Estadística	Estadística	%	(hombres con practica de prostatectomía radical y valores en el tercio superior normal según la edad / Total de Hombres con practica de prostatectomía radical *100	resultado	Descendente	≤	15	>	30
023	Oportunidad en la confirmación diagnóstica del cáncer de ovario	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de cita con ginecología	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente	Total de pacientes atendidas	Base de datos general	Base de datos general	Días	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente / Total de pacientes atendidas	resultado	Descendente	≤	15	>	30
024	Oportunidad en la confirmación diagnóstica de las lesiones precancerosas o cáncer infiltrante de cuello uterino	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de cita con patología	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente	Total de pacientes atendidas	Base de datos general	Base de datos general	Días	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente / Total de pacientes atendidas	resultado	Descendente	≤	15	>	30
025	Proporción de mujeres con citología anormal o citología de tiras normal a quienes se realiza biopsia y biopsia	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de seguimiento y biopsia de mujeres con citología anormal	mujeres con citología anormal a quienes se les realiza biopsia y biopsia / mujeres con citología anormal a quienes se realiza biopsia y biopsia	Total de mujeres con biopsia y biopsia	Estadística	Estadística	%	(mujeres con citología anormal a quienes se les realiza biopsia y biopsia / Total de mujeres con biopsia y biopsia *100	proceso	Creciente	≥	100%	<	100%
026	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y recto según estadio clínico	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de diagnóstico de cáncer de cérvix y recto según estadio clínico	pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y recto según estadio clínico	Total de pacientes diagnosticados con cáncer	Estadística	Estadística	%	(pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y recto según estadio clínico / Total de pacientes diagnosticados con cáncer) *100	proceso	Creciente	≥	40%	<	40%
027	Proporción de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama según estadio clínico	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de diagnóstico de cáncer de mama según estadio clínico	mujeres diagnosticadas con cáncer de mama según estadio clínico	Total de pacientes diagnosticados con cáncer	Estadística	Estadística	%	(mujeres diagnosticadas con cáncer de mama según estadio clínico / Total de pacientes diagnosticados con cáncer *100	proceso	Creciente	≥	5%	<	5%
028	Proporción de mujeres con lesiones precancerosas del cuello uterino (Lesión intraepitelial escamosa de alto grado o NIC II, NIC III o Carcinoma in Situ) y Adenocarcinoma endocervical in situ	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de diagnóstico de lesiones precancerosas del cuello uterino	mujeres con lesiones precancerosas del cuello uterino y Adenocarcinoma endocervical in situ	Total de pacientes diagnosticados con cáncer	Estadística	Estadística	%	(mujeres con lesiones precancerosas del cuello uterino y Adenocarcinoma endocervical in situ / Total de pacientes diagnosticados con cáncer *100	proceso	Creciente	≥	5%	<	5%
029	Proporción de hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadio clínico	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de diagnóstico de cáncer de próstata	hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadio clínico	Total de pacientes diagnosticados con cáncer	Estadística	Estadística	%	(hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadio clínico / Total de pacientes diagnosticados con cáncer *100	proceso	Creciente	≥	5%	<	5%
030	Proporción de diagnóstico de cáncer gástrico según estadio clínico	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de diagnóstico de cáncer de gástrico	Total de diagnósticos de cáncer gástrico según estadio clínico	Total de pacientes diagnosticados con cáncer	Estadística	Estadística	%	(Total de diagnósticos de cáncer gástrico según estadio clínico / Total de pacientes diagnosticados con cáncer *100	proceso	Creciente	≥	5%	<	5%
031	Oportunidad para la confirmación diagnóstica de cáncer gástrico	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de cita con gastroenterología	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente	Total de pacientes atendidos	Base de datos general	Base de datos general	Días	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente / Total de pacientes atendidos	resultado	Descendente	≤	15	>	30
032	Oportunidad para la atención de inicio con oncología	Ruta integral de atención para el paciente con riesgo o presencia de cáncer	Medir la oportunidad de cita con oncología	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente	Total de pacientes atendidos	Base de datos general	Base de datos general	Días	Sumatoria de los días transcurridos desde que se solicita la cita hasta que se atiende el paciente / Total de pacientes atendidos	resultado	Descendente	≤	15	>	30

Fuente: Listado Maestro de Indicadores Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

11. BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía de Popayán Secretaria de Salud Municipal del Cauca. (2021). ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN 2021. *Alcaldía de Popayán.*

Ayala de Calvo, L., & Sepulveda-Carrillo, G. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Enfermería Global.* doi:https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.231681

Cuenta de alto costo. (03 de Febrero de 2022). *Cuentadealtocosto.org*. Obtenido de Cuentadealtocosto.org: https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/el-objetivo-en-cancer-en-colombia-igualdad-en-la-atencion-en-salud-priorizando-la-deteccion-temprana/

Instituto Nacional de Cancerología. (2013). El cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. *Instituto Nacional de Cancerología*. Obtenido de http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf

Instituto nacional de cancerología, Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía de práctica Clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnostico temprano de cáncer gástrico. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de https://www.cancer.gov.co/recursos_user/Gu%C3%ADas-y-Protocolos/Recomendaciones_GPC_prevenci%C3%B3n_di%C3%A1gnostico_C_G%C3%A1strico.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto. *Ministerio de Salud y Protección Social.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-pacientes-cancer-colon.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata Guía No. GPC-2013-21. *Ministerio de Salud y Proteccion Social.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Cancer-prostata-final-pacientes%20final.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía de Práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama Guía No. GPC-2013-19. *Ministerio de*

Salud y Protección Social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_Mama-3.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía de práctica clínica (GPC) para el manejo del cáncer de cuello Guía No. GPC 2014 – 45. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-cancer-cuellouterino-invasivo-padres.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, julio 25). *Resolución 3202 de 2016.* Bogota: Biblioteca Digital del Ministerio de Salud y Protección social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Oliveros, R., E. Pinilla, R., Facundo Navia, H., & Sanchez Pedraza, R. (2018). Cáncer gástrico: Una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural. *Asociación Colombiana de Gastroenterología. Endoscopica digestiva. Coloproctología y Hepatología*. Obtenido de https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/394/647

Ricardo Oliveros-Wilchesa, C. F.-A.-O.-P.-T.-H.-L.-P.-U.-A. (2022). Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico. *Revista Colombiana de Cancerología*. Obtenido de https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/754/626

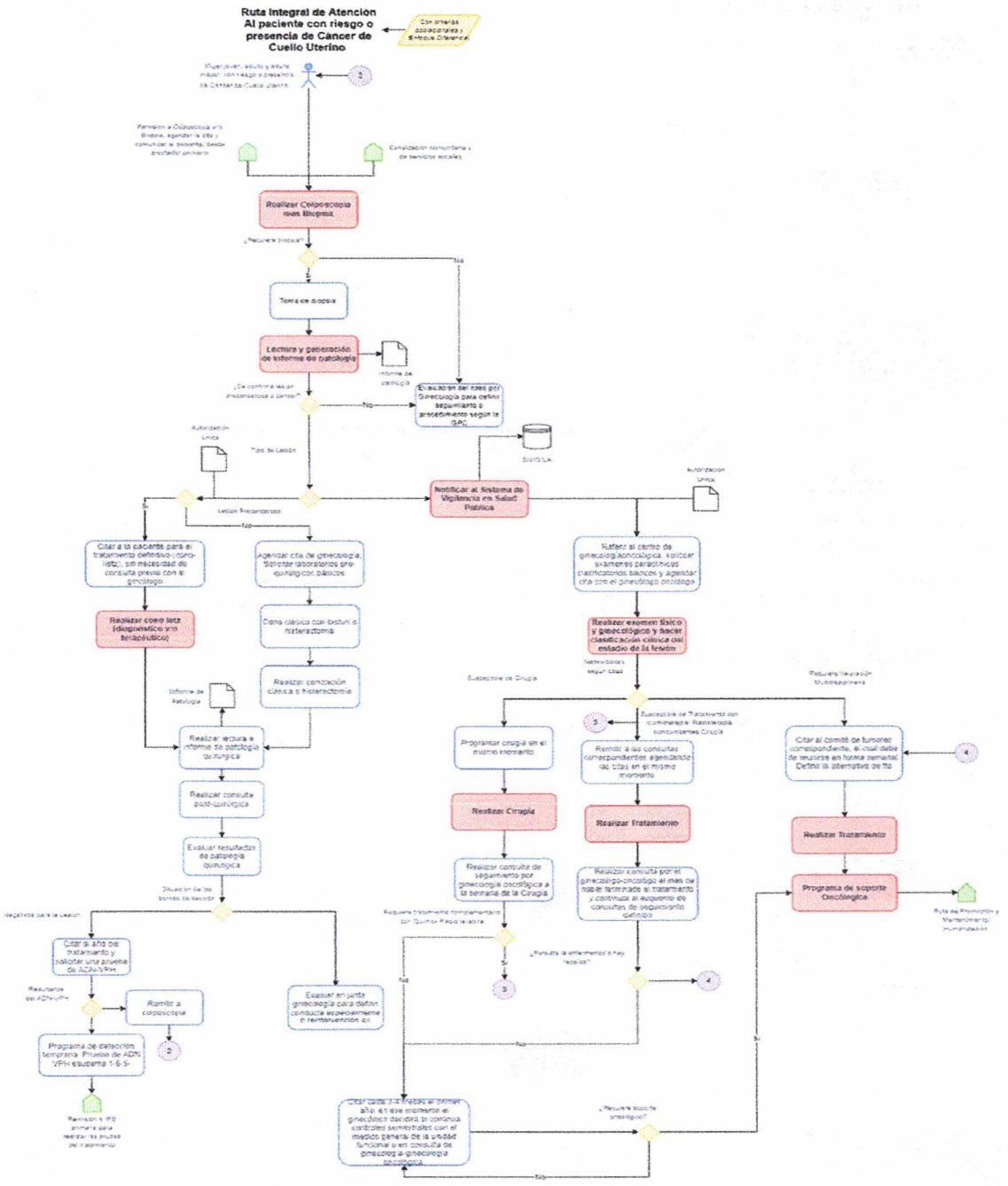
Secretaria de Salud Departamental del Cauca . (2021). ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA. *ASIS CAUCA 2021*, 114.

Secretaria de Salud Departamental del Cauca. (2021). ASIS Municipio de Popayán 2021. *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*, 1-201.

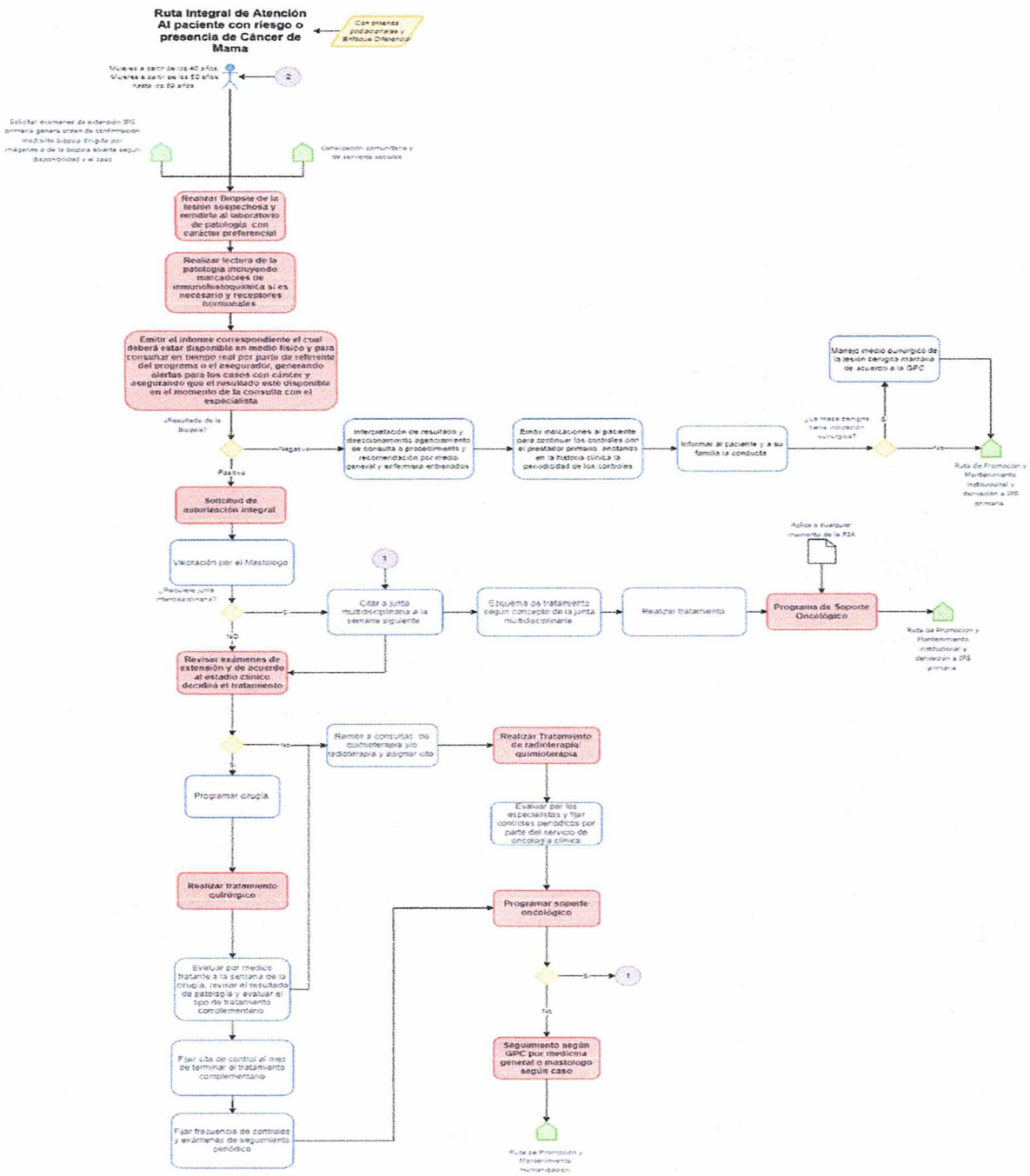
Secretaria Departamental de salud del Cauca. (2021). ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA. *Gobernacíón del Cauca*.

12. ANEXOS

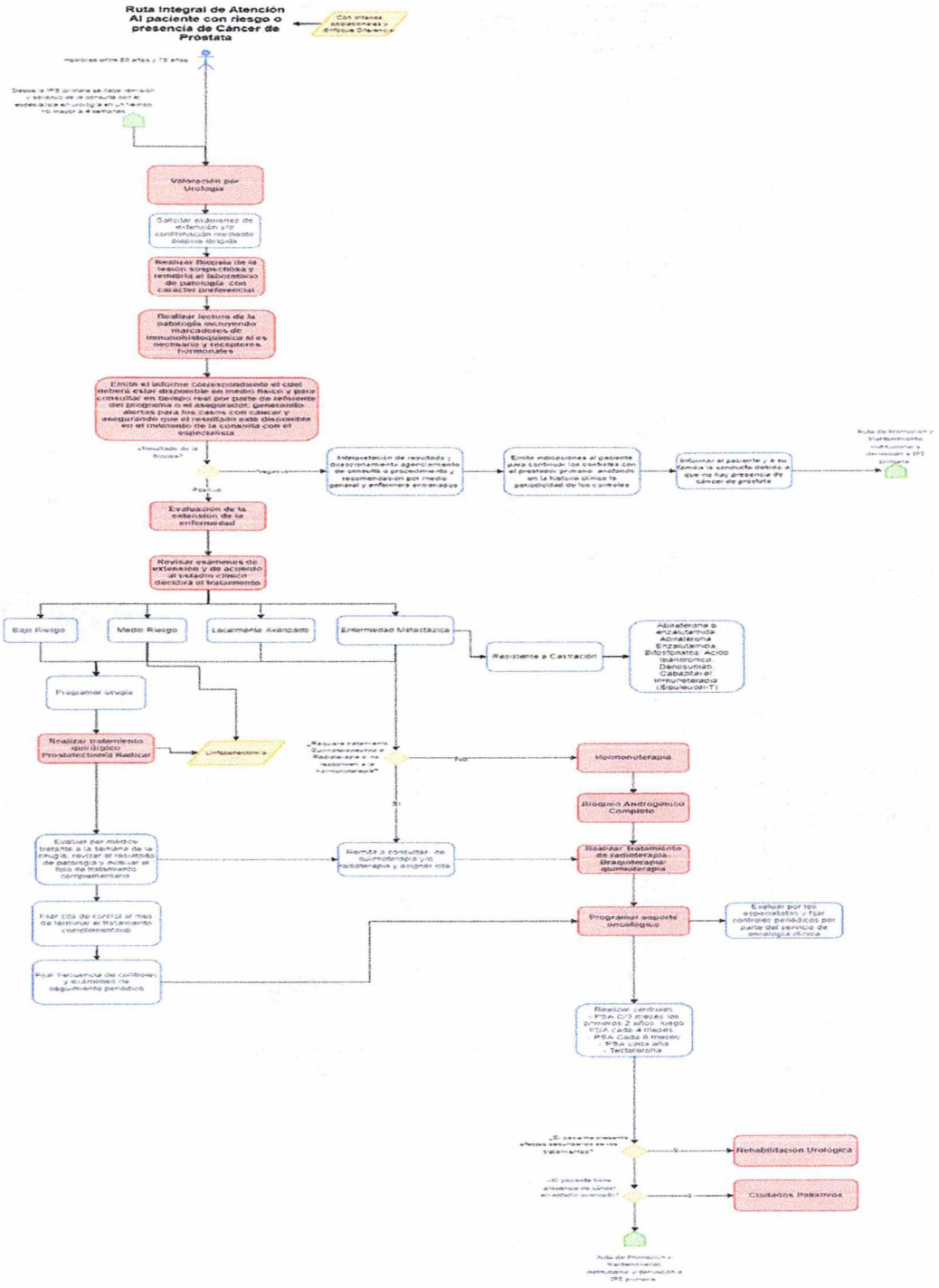
Anexo 1. Diagrama Ruta de Atención Integral al paciente con riesgo o presencia de Cáncer de Cuello Uterino



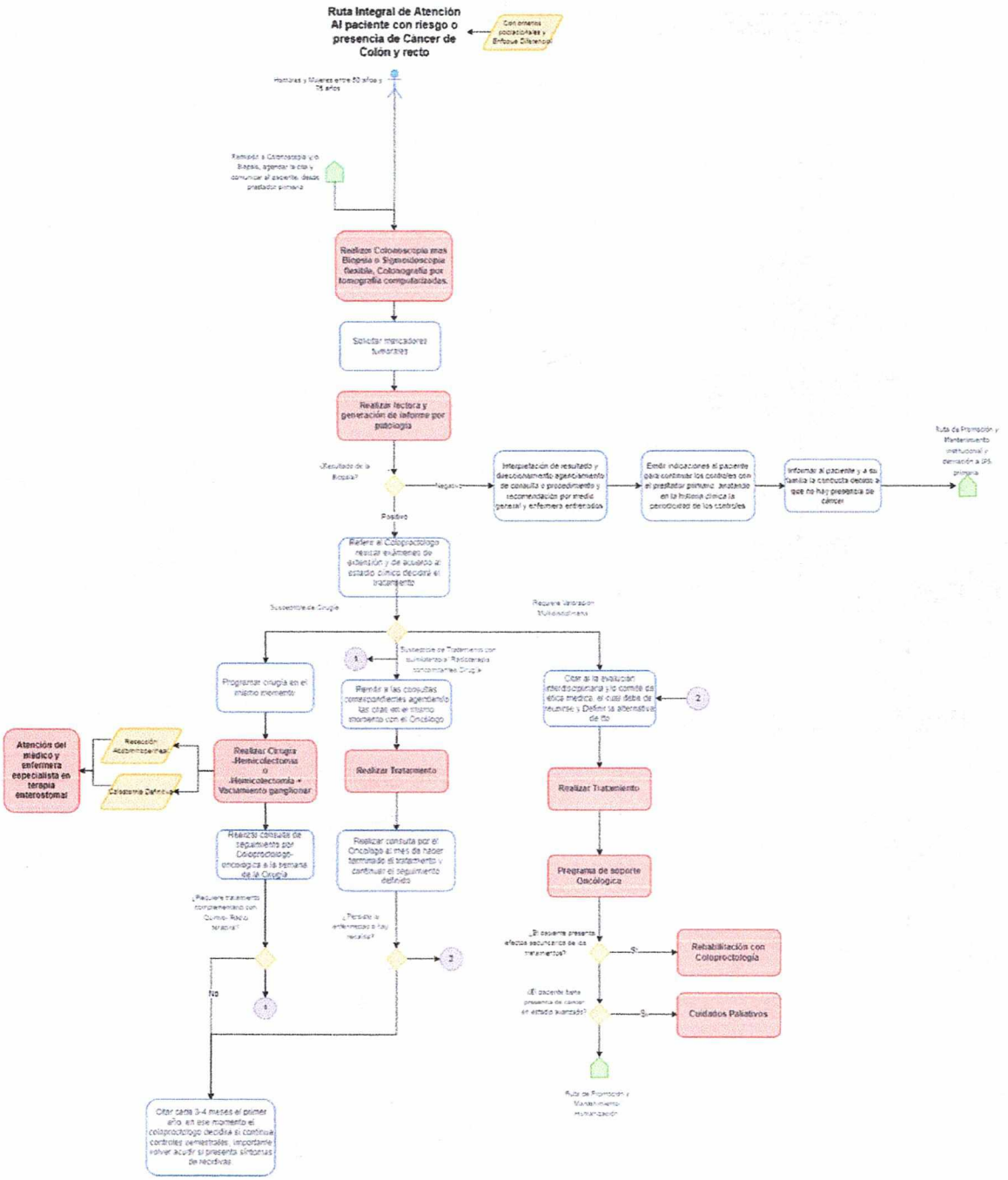
Anexo 2. Diagrama Ruta de Atención Integral al paciente con riesgo o presencia de Cáncer de Mama.



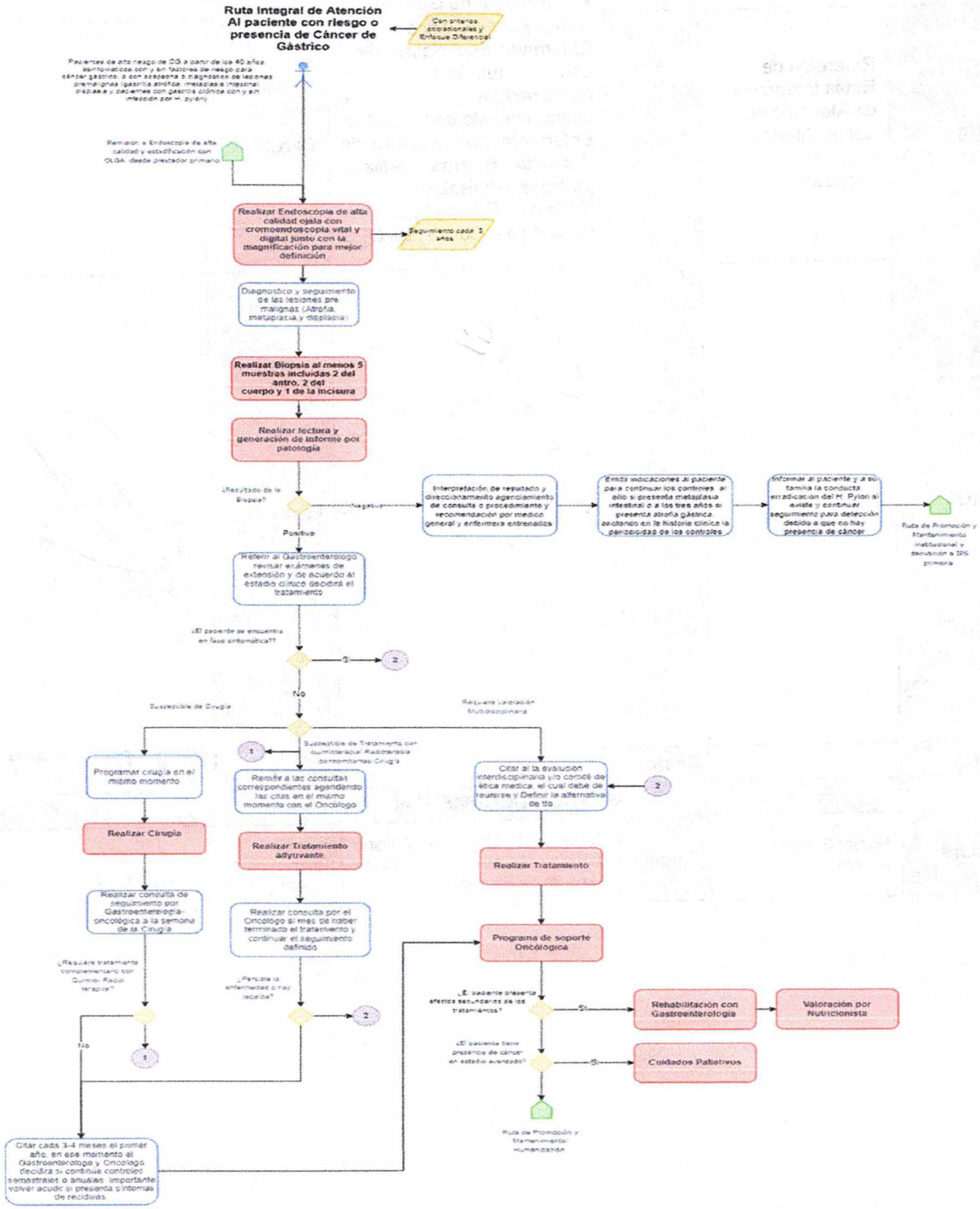
Anexo 3. Diagrama Ruta de Atención Integral al paciente con riesgo o presencia de Cáncer de Próstata.



Anexo 4. Diagrama Ruta de Atención Integral al paciente con riesgo o presencia de Cáncer de Colón y Recto.



Anexo 5. Diagrama Ruta de Atención Integral al paciente con riesgo o presencia de Cáncer de Gástrico.



Elaboró	Cristhian Valencia Mesa.	**Revisó**	• Oscar Fernando Rosero. • Paola Andrea Vega. • Sofia Cobo Ochoa. • Julia Martha Gallego	**Aprobó**	Cesar Edmundo Sarria Porras
Cargo	Referente de Rutas Integrales de Atención en Salud.-Afiliado participe Admisalud	**Cargo**	Subdirector científico Enfermera Especialista Gr I, con funciones de coordinadora de aseguramiento de la calidad Enfermera Coordinadora de Consulta Externa –Afilada participe Admisalud Médico Especialista en Oncología – Contratista OPS	**Cargo**	Gerente
Firma		**Firma**		**Firma**	
Fecha		**Fecha**		**Fecha**	09 DIC 2022
GESTIÓN DOCUMENTAL					
Nombre:	Hulber Enrique Acosta	**Cargo:**	Profesional Univ. – Afiliado participe Admisalud - Oficina Asesora de Planeación	**Firma:**	