

## Programa de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal

# Ruta asistencial programa de prevención y detección temprana de cáncer colorrectal

### DOCUMENTO TÉCNICO

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una de los tumores malignos más frecuentes y representa un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y provincial.

Es uno de los tumores más factibles de prevenir ya que tiene una lesión precursora, el pólipo adenomatoso. La progresión lenta del adenoma hacia el CCR (se estima 10 años aproximadamente) favorece las estrategias de tamizaje y detección temprana.

Actualmente se recomienda el test de sangre oculta en materia fecal inmunológico de forma anual en población asintomática y de riesgo promedio de entre 50 a 74 años con cobertura pública exclusiva. En la provincia desde el año 2015, la implementación de la estrategia de tamizaje tiene como objetivo disminuir tanto la incidencia como la mortalidad específica por CCR.

Criterios a tener en cuenta para elección de la población adecuada: debe realizarse a personas de entre 50 a 74 años; asintomáticas(sin: dolor abdominal agudo, pérdida de peso de manera inexplicable, anemias recurrentes, rectorragia/ hematoquecia); sin antecedentes personales de CCR.

**FECHA DE ELABORACIÓN: Noviembre 2024**

## **RUTA ASISTENCIAL**

La secuencia para lograr este objetivo en la población de riesgo promedio se desarrolla de la siguiente manera:

### **PESQUISA : PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

El paciente puede llegar al centro de atención primaria de dos maneras; la primera es por búsqueda activa a cargo de los agentes sanitarios quienes programaron un turno protegido para el médico; y la segunda manera es por demanda espontánea por un control de salud integral.

Ingresa por admisión donde se realiza la carga de datos filiatorios y apertura de historia clínica, luego se dirige por enfermería para control de signos vitales y control antropométrico.

En el consultorio el médico hará un cuestionario para reafirmar que es un paciente con los criterios necesarios para la indicación de tsomf, si es así le indica el test de sangre oculta y realiza el llenado de la ficha técnica con los datos filiatorios del paciente y la indicación del test con la fecha correspondiente.

Si el centro primario tiene laboratorio el médico lo direccionará hacia el mismo para retirar el frasco esteril y le explicaran como hacer la correcta recolección de materia fecal (la recepción de la muestra no debe exceder las 48 hs de haber sido tomada) La muestra debe estar debidamente rotulada con nombre/apellido/número de dni y día de recolección.

Si el centro primario NO cuenta con laboratorio es el médico quien le explicará cómo hacer una correcta recolección de materia fecal y lo direccionará por enfermería para que le entreguen un frasco esteril. Se le explicará también que debe traer la muestra el día que el laboratorio móvil visita a dicho CAPS. La muestra debe estar debidamente rotulada con nombre/apellido/número de dni y día de recolección (que no debe exceder las 48 hs de toma).

### **DIAGNÓSTICO:**

Laboratorio: el análisis y lectura de la muestra debe ser en un laboratorio, donde podemos obtener tres posibles resultados que son inadecuado ,positivo o negativo.

**Inadecuado:** se carga el resultado en HSI y se pide repetición de la muestra para una nueva evaluación.

**Positivo:** carga de resultado en HSI , y se informa a la navegadora.

**Negativo:** carga de resultado en HSI y repetir SOMF a los 12 meses. Se le programará un turno con el médico para informar el resultado del test.

Todas las fichas deben ser enviadas a la registradora/navegadora del programa para su correspondiente carga en SITAM.

### **TRATAMIENTO: 2 NIVEL DE ATENCIÓN, HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS**

Programación de turnos protegidos con el médico gastroenterólogo, quien realizará la indicación de la VCC y prequirúrgicos.

Programación de turnos protegidos para laboratorio ECG, valoración cardiológica/anestésica y para Videocolonoscopia.

### **SEGUIMIENTO:**

Colonoscopias: con hallazgos y sin hallazgos. sin hallazgos el paciente debe realizar un control en los próximos 10 años. Si se encuentran hallazgos de pólipos adenomatosos son enviados a anatomía patológica para su preciso análisis y lectura.

En el caso que la biopsia de como resultado pólipos benignos el paciente seguirá en controles periódicos con el médico gastroenterólogo, y si el hallazgo fue de adenocarcinomas malignos el paciente es derivado al servicio de Oncología Clínica para estudios de mayor complejidad y tratamiento oportuno de la enfermedad.