

GESTIÓN DE CASOS APLICADA AL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL



**AUTOR: RAQUEL VILLANUEVA GOYENCHE
DIRECTOR: MIGUEL ÁNGEL CIGA LOZANO
4º GRADO ENFERMERÍA
JUNIO 2014
UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**

RESÚMEN:

El cáncer colorrectal es el segundo tumor maligno más común en los países desarrollados, considerando ambos sexos, y ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumor.

El 80% de los pacientes con cáncer colorrectal, serán intervenidos con intención curativa. Cuarenta de cada cien pacientes sometidos a resección curativa de cáncer colorrectal tendrán recurrencias. En el 20% de estos pacientes se puede hacer cirugía curativa y de estos, el 50 %, quedará curado, mientras que el restante 50% tendrá una nueva recurrencia.

Estos datos justifican la importancia del seguimiento estricto en pacientes en estadios II y III tras la cirugía durante los primeros cinco años ya que mejora su supervivencia con respecto a un seguimiento menos estricto.

Podemos pensar que la implementación de un modelo de intervención sanitaria multidisciplinar como es la **“GESTIÓN DE CASOS”** podrá conseguir realizar un seguimiento exhaustivo a los pacientes con cáncer colorrectal encaminado a detectar recidivas en fase precoz o tumores metacrónicos.

PALABRAS CLAVE:

- Enfermera gestora de casos
- Gestión de casos
- Cáncer colorrectal
- Recidiva
- Seguimiento

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	1
Cáncer: problema de salud de primer orden	1
Cáncer colorrectal	4
Gestión de casos	5
OBJETIVOS	6
Objetivo principal	6
Objetivos secundarios	6
METODOLOGÍA.....	7
DESARROLLO	8
Gestión de casos	8
Cáncer colorrectal	13
Generalidades	13
Tratamiento.....	14
Pronóstico	14
Supervivencia	15
Recidivas.....	15
Tumores metacrónicos.....	16
Tumores extracolónicos	17
Métodos de detección de las recidivas	18
Objetivos de la detección de recidivas.....	19
DESARROLLO	20
Importancia del seguimiento del paciente con cáncer colorrectal.....	20
Plan de seguimiento del cáncer colorrectal	23
Objetivos del seguimiento.....	23
Diagrama general de seguimiento	24
DISCUSIÓN.....	27
Matriz DAFO del proyecto que se propone: Gestión de casos en el cáncer colorrectal.....	27
Ventajas de la implementación de la enfermera gestora de casos	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	34

INTRODUCCIÓN:

Cáncer: problema de salud de primer orden.

Según la OMS el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. En 2012 causó 8,2 millones de defunciones, representando la segunda causa de muerte por detrás de las enfermedades cardiovasculares. Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. Se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030. La Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional Contra el Cáncer trabajan juntas con el fin de hacer frente a la situación del cáncer en el mundo y promover una intervención concertada para controlarlo. En la actualidad tener cáncer no implica una sentencia de muerte, ya que un porcentaje alto es curable con un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado; por eso es imprescindible que los gobiernos cuenten con programas de salud pública enfocados a la detección temprana; además es primordial asegurar el tratamiento y trato humanitario para los pacientes en fase terminal por medio de cuidados paliativos como atención médica, fortalecimiento de redes de apoyo, así como tratamientos físicos, psicológicos e incluso de tipo espiritual, con la finalidad de dar una mejor calidad de vida a la población en la última fase de la enfermedad¹.

En España, el cáncer es en la actualidad una de las enfermedades o grupos de enfermedades de mayor relevancia en términos de salud pública. Los datos de Incidencia del cáncer en España en 2012 eran de 215.534 casos (alrededor de 2/3 partes en pacientes ≥ 65 años), con una tasa estandarizada por edad de 215,5 casos por 100.000 habitantes por año, y un riesgo de presentar cáncer antes de los 75 años de 25,1%. La predicción para 2015 es de 227.076 casos, con un crecimiento de nuevos casos que se produce en mayor medida a costa de la población ≥ 65 años. Respecto a la mortalidad por cáncer en España en 2012, el número de muertes fue de 102.762 casos (3/4 partes con ≥ 65 años). La predicción para 2015 es de 108.390 muertes por cáncer, con un crecimiento mayor para la población ≥ 65 años².

Según los últimos datos publicados por el instituto nacional de Estadística (INE)³ el 31 de enero de 2014, los tumores fueron la segunda causa de muerte en ambos sexos siendo responsables de 27,5 de cada 100 defunciones. La primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (30,3) y la tercera posición la ocupan la enfermedades del sistema respiratorio (11,7). Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296,3 fallecidos por cada 100.000) y la segunda causa en mujeres (con 180,0).

En Navarra, las tres principales causas de muerte en el promedio 2010-2012 por grandes grupos de enfermedades fueron los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y

las enfermedades del sistema respiratorio. En el caso de los hombres, los tumores son responsables de 206,2 defunciones por cada 100.000 habitantes, el caso de las mujeres, los tumores causan 102,8 defunciones por cada 100.000 personas. Más de la mitad de los fallecimientos del periodo 2010-2012 de las personas que tienen entre 40 y 64 años son por tumores, en concreto el 54,9%. Porcentaje que se eleva al 66,0% en el caso de las mujeres de este grupo de edad³.

La estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud⁴, recalca la importancia de la detección precoz en cáncer de mama, de cuello de útero, cáncer de próstata y cáncer colorrectal como método para reducir la incidencia y mortalidad por estos tumores. Así mismo, afirma que la atención oncológica en España se sitúa en la media europea, pero claramente existe un margen de mejora notable en muchos tumores y en el conjunto del cáncer, especialmente en aspectos de organización y recursos para el tratamiento del cáncer.

El desarrollo de la atención oncológica en España ha estado determinado por la dificultad de articular, en la tradicional estructura organizativa de los servicios asistenciales hospitalarios, la concepción multidisciplinar de la atención oncológica, en razón de las necesidades del proceso diagnóstico y terapéutico del paciente oncológico.

Los principales problemas detectados se pueden enumerar de la siguiente manera:

- Desarrollo de la atención oncológica efectuada de forma fragmentada entre los diferentes centros y servicios hospitalarios y con falta de un grado significativo de conexión entre los niveles asistenciales implicados en el proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento del cáncer. Estos problemas de relación entre niveles asistenciales pueden explicar una parte importante de los retrasos en el diagnóstico del cáncer, desigualdad territorial entre y dentro de las Comunidades Autónomas, en el acceso a los recursos especializados necesarios para ofrecer una atención oncológica de calidad.
- Ausencia de un modelo de coordinación-organización de la atención oncológica entre los centros hospitalarios de distinto nivel asistencial y dentro de los mismos hospitales. Esto ha conducido a que existan centros en los cuales el tratamiento del cáncer puede variar según el especialista o el servicio asistencial en el mismo territorio en que se ha efectuado el diagnóstico.
- Notable variabilidad en la práctica clínica de la terapia oncológica entre profesionales, centros hospitalarios y áreas territoriales, lo cual puede tener como consecuencia diferencias en los resultados clínicos.
- Listas de espera significativas en diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Déficit de profesionales sanitarios con dedicación específica a la atención oncológica.
- Falta de definición de criterios de especialización en procedimientos complejos y/o de baja frecuencia que puedan permitir obtener la mayor eficacia terapéutica. Ejemplos de los procedimientos de elevada complejidad que sería conveniente evaluar donde se pueden realizar con mejores resultados son la cirugía con intención curativa del cáncer de esófago, páncreas, recto, pulmón o neuro-oncológica, así como las metástasis hepáticas. En el ámbito no quirúrgico se pueden mencionar los trasplantes de progenitores hemopoéticos o algunas técnicas de radioterapia.

- Recursos muy limitados dedicados a la atención psicosocial y a la rehabilitación. Insuficiente atención prestada a los problemas de la nutrición en los pacientes diagnosticados de cáncer, a los que plantean algunos efectos adversos del tratamiento y en el cáncer avanzado.
- Desarrollo de protocolos asistenciales y guías clínicas, limitado a los principales tumores y con un cierto grado de variabilidad entre CC.AA. en las recomendaciones.
- Relación entre investigación y clínica centrada en la realización de ensayos clínicos en centros hospitalarios, institutos de investigación sanitaria, universidades o Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- Insuficiente evaluación de resultados clínicos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, ya que sólo en algunos casos se ha dispuesto de información sobre el proceso asistencial (por ejemplo, intervalo entre tratamientos).
- Escasa implicación del paciente en la gestión de su propio proceso. La información y la participación del paciente y de sus familiares en la elección de las alternativas terapéuticas son aún limitadas.

En los últimos años se han producido cambios significativos dirigidos a modificar alguna de estas situaciones:

1. El esfuerzo inversor en modernos equipos ha supuesto significativos avances.
2. La progresiva extensión de oncólogos en hospitales de nivel intermedio y comarcal, con la mejora de accesibilidad que ello comporta y la posibilidad de realizar comités de tumores en esos hospitales.
3. Implantación de nuevos métodos diagnósticos, fármacos y estrategias terapéuticas más eficaces, a pesar de su coste económico más elevado.
4. Tratamientos más complejos que requieren integración multidisciplinar de los profesionales y aumentan la necesidad de coordinación, tales como la combinación de radio y quimioterapia pre o post-operatorias, etc.
5. La significativa profundización de la investigación clínica y preclínica.
6. Los cambios favorables en el conocimiento y la actitud de la población hacia el cáncer que determinan una mayor exigencia y también una mejor aceptación de los tratamientos.
7. La definición de planes de cáncer en diferentes Comunidades Autónomas con vocación de plantear un modelo asistencial específico para la organización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer, en la línea de las propuestas que se realizan en la mayoría de países europeos⁴.

El plan de salud de Navarra 2006-2012 considera la atención al cáncer como una de las áreas de intervención prioritaria desarrollando la atención por procesos en diferentes localizaciones tumorales. Cada año en los Hospitales Públicos de Navarra se producen 3600 hospitalizaciones directamente motivadas por el cáncer y otras tantas por sus complicaciones⁵.

Cáncer colorrectal.

El cáncer colorrectal es el segundo tumor maligno más común en los países desarrollados, considerando ambos sexos, y ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumor. En varones es la segunda causa después del cáncer de pulmón. Supone, aproximadamente, el 10-15% de todos los cánceres. Predomina en ancianos. La edad media de presentación es 69 años y la mayoría de los pacientes tienen más de 50 años en el momento del diagnóstico, pero no hay que olvidar que también puede aparecer en personas más jóvenes. En España de los más prevalentes, en ambos sexos, con una prevalencia estimada de 65.000 casos².

En España, para ambos sexos, el cáncer colorrectal es el de mayor incidencia (15%) siendo el 97% de los tumores colorrectales adenocarcinomas. Se estima que el número de casos nuevos por año se sitúa en torno a los 24.000 en ambos sexos frente a 13.000 defunciones, según los datos de 2006⁴.

En el momento del diagnóstico, se estima que el 80% será potencialmente curable; de éstos, el 40% desarrollará recidivas locales o a distancia; el 20% de estas recidivas serán resecables, y la probabilidad de resección curativa es directamente proporcional al tiempo de detección de ésta. En cualquier caso, y de manera global, la mitad de los pacientes con carcinomas de colon y recto vivirá más de 5 años y la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa⁶.

Estos datos justifican la importancia del seguimiento en estos pacientes una vez tratados para detectar y tratar de forma precoz una recaída o un segundo tumor colorrectal.

Uno de los elementos más cuestionados a la hora de la provisión de servicios sanitarios lo encontramos en la falta de coordinación y continuidad asistencial; y el cáncer colorrectal no escapa a ellos.

La continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada, sigue siendo una asignatura pendiente en la prestación planificada de los cuidados a los pacientes. Es un elemento clave de calidad en la asistencia sanitaria; desde que la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril), que tiene entre otros, como objetivo la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho de protección de la salud, estableció dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada, los servicios de salud y las organizaciones sanitarias otorgan a la continuidad de cuidados un papel primordial⁷.

Estas circunstancias nos obligan a desarrollar nuevos modelos de atención; la organización de la atención está demasiado fragmentada, descentralizada y descoordinada; y, para el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, dependientes, ancianas, con cáncer etc, es necesario disponer de profesionales y recursos que orienten en el proceso de adaptación de la nueva situación de salud con las habilidades y los conocimientos necesarios, coordinando equipos multidisciplinares, educando e informando a pacientes y familia, ayudando en los cambios en los estilos de vida, y manejando los aspectos psicológicos y emocionales relacionados con la enfermedad.

Los pacientes con cáncer colorrectal, necesitados de atención, de cuidados y de seguimiento exhaustivo, son atendidos por diversos profesionales y servicios, sin que muchas veces haya una coordinación efectiva entre estos, lo que les lleva a un deambular por pasillos, consultas y unidades⁸.

Parece pues, apropiado poner en marcha estrategias de intervención para mejorar la coordinación de los servicios demandados por estos pacientes.

La reestructuración de los servicios sanitarios y sociales, el aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población, así como el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, presencia de comorbilidad y situaciones de discapacidad, el aumento de la actividad hospitalaria, el acortamiento de las estancias hospitalarias y la implicación de mayor número de profesionales y de recursos conducen necesariamente a la reestructuración de los servicios sanitarios y sociales para satisfacer las necesidades fundamentales de los usuarios promoviendo una atención de calidad, costo-efectiva y sostenible⁹.

En Navarra existe un Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial¹⁰ cuyo objetivo general es desarrollar nuevos modelos organizativos del proceso asistencial que respondan a las necesidades de los ciudadanos, que favorezcan el desarrollo de todos los profesionales y se orienten a la mejora de los resultados de la organización, medidos en términos de calidad integral (Calidad técnica +calidad percibida + eficiencia).

Podemos pensar que la implementación de un modelo de intervención sanitaria multidisciplinar como es la **“GESTIÓN DE CASOS”** podrá conseguir que se alcancen los objetivos definidos en el de Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial en Navarra con menores esfuerzos y con un menor consumo de recursos.

Gestión de casos.

El modelo de gestión de casos es una forma de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales.

Para los pacientes proporciona una atención longitudinal y centrada en sus necesidades reales, que atiende no sólo al usuario sino también a su entorno familiar/cuidador. Están además coordinados los diferentes niveles asistenciales evitando la duplicidad de consultas y tiempos; por el mismo motivo aumenta la eficacia de la atención y la calidad percibida de la misma, fomenta la capacidad de decisión y promueve el auto cuidado.

La enfermera gestora de casos podría ser el referente del paciente con cáncer colorrectal en todo el proceso de enfermedad, y podría ser pieza clave en el seguimiento continuado que se va a realizar para detectar tanto problemas y secuelas derivadas de su enfermedad, como posibles recidivas en fase precoz o tumores matacrónicos. Además, va a ser la encargada de que las consultas/ pruebas diagnósticas se realicen en el tiempo acordado evitando demoras y duplicidades.

Utilizando la gestión de casos se podría optimizar el autocuidado, disminuir la fragmentación de las prestaciones, mejorar la calidad de vida de estas personas, disminuir el tiempo de hospitalización, aumentar la satisfacción del paciente y de los profesionales comprometidos y promover el uso de los recursos más escasos de forma más efectiva⁸.

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Proponer la figura de la enfermera gestora de casos en el seguimiento de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal con intención curativa en el Complejo Hospitalario de Navarra, para asegurar una asistencia sanitaria de alta calidad y coste- efectiva en atención Especializada, garantizar un seguimiento continuado para detectar recidivas de forma precoz, y conseguir una correcta coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Objetivos secundarios:

- Mejorar la calidad asistencial percibida por el paciente /cuidador.
- Ayudar al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario.
- Potenciar la coordinación asistencial con todos los niveles asistenciales que intervienen en el proceso.
- Garantizar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
- Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.
- Realizar un seguimiento encaminado a detectar recidivas en fase precoz.
- Asegurar que el plan de seguimiento del paciente con cáncer colorrectal se realice en el tiempo acordado.
- Actuar ante grupos de pacientes y familias especialmente vulnerables.
- Fomentar el autocuidado, la autogestión y la independencia.
- Atención integral de los usuarios, mediante un plan asistencial individualizado que incluya la intervención de tantos profesionales como sean precisos.
- Fomentar la elaboración de Planes de Cuidados utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC garantizando la consecución de los objetivos marcados.

METODOLOGÍA:

Este trabajo contempla un plan de mejora en el que se propone la figura de la enfermera gestora de casos para la realización del seguimiento de los pacientes con cáncer colorrectal.

Para ello he utilizado las principales bases de datos nacionales e internacionales como Ciberindex, Cuiden, Cochrane Plus, medline, dialnet plus, elsevier, google y google académico.

Para la elaboración de este trabajo se comenzó la búsqueda bibliográfica a finales del mes de Noviembre del año 2013. Esta búsqueda ha proporcionado evidencia suficiente que ha servido para mejorar los conocimientos sobre la Gestión de Casos y sobre la relevancia de la enfermera gestora de casos en el seguimiento del paciente con cáncer colorrectal.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: case management, intensive follow up, colorectal cancer, gestión de casos, seguimiento del cáncer, cáncer colorrectal.

Se escogieron los artículos en Español y en Inglés más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

DESARROLLO:

Gestión de casos.

Diversos países han desarrollado iniciativas tanto sociales como sanitarias para reformar sus servicios comunitarios. La gestión de casos o Case Management es una de estas iniciativas que se desarrolla a partir de los años sesenta en Estados Unidos y Canadá y que se va implementando en otros países como Reino Unido en los años noventa con el modelo propuesto por el National Health Service, y también en distintas comunidades españolas como Canarias, Andalucía y Cataluña, entre otras.

Existen muchas publicaciones tanto en revistas clínicas, de enfermería y de gestión, que han tratado este tema y han quedado patentes los beneficios que aporta esta práctica de gestión de casos, tanto en hospitales, como en atención primaria. Los resultados han demostrado con creces que puede ser la solución que necesitamos ya que los cuidados se dirigen a las necesidades de los pacientes, lo que hace que se sientan más satisfechos y aumente su bienestar.

La Atención Especializada está prestando servicios a una población cada vez más envejecida, y con múltiples y complejos problemas socio-sanitarios. Son, precisamente, estas circunstancias las que demandan la presencia de una enfermera en el ámbito hospitalario dedicada a la gestión de casos para la población más vulnerable¹¹.

La gestión de casos constituye una respuesta innovadora en la provisión de servicios de salud, siendo un modelo de atención individualizada centrado en la persona y su entorno, que persigue unos resultados concretos en un tiempo previamente establecido y que para ello moviliza y utiliza recursos eficientemente. Se trata de un proceso de actividades de coordinación de los servicios y recursos sanitarios sobre una determinada población de un modo sistemático y con base interdisciplinar y en fomento de la continuidad asistencial con el fin de conseguir tanto resultados en el paciente como su satisfacción y la de los profesionales¹².

La Sociedad Americana de Gestión de Casos lo define como un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos¹³.

Según Teixidor¹⁴ la gestión de casos es: “el esfuerzo sistemático dirigido a la coordinación de la atención de la persona y de sus familiares que se centra en la consecución de resultados, siendo una opción que permite un mayor y más eficaz control del gasto sanitario. La orientación de la gestión de casos destaca dos líneas fundamentales de actuación: por un lado la calidad entendida como la oferta de un servicio integral, personalizado y riguroso; por el otro, los costes, considerados como la óptima administración de los recursos de todo tipo imprescindibles para alcanzar los objetivos de salud”.

Para Bower¹⁵ la gestión de casos es “un sistema, rol, tecnología, proceso y servicio”. Como sistema tiene varios elementos: valoración e identificación de problemas, planificación, realización y coordinación de actividades y servicios, y control y seguimiento

para asegurar que el paciente ve satisfechas sus necesidades de salud. Es un rol porque es un método que ha de realizarse por una gestora de casos cuyo papel principal es coordinar todas las actividades y servicios que precisa el paciente y familia en cada momento. Como tecnología la gestora de casos lo que hace es generar instrumentos y técnicas para planificar y organizar los cuidados y obtener el mejor rendimiento. Como proceso la gestora amplía los componentes del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Como servicio lo que hace es facilitar y obtener servicios para el paciente y su familia y de esta manera las decisiones que toman los pacientes y los profesionales están basados en las necesidades reales del paciente.

Bower indica que todos los pacientes necesitan que se gestionen sus cuidados, pero no todos necesitan un gestor para su caso. Esto significa que la gestión se centra más en los individuos con necesidades complejas que en la gravedad de la afección de salud, en los que sufren procesos de varias enfermedades que precisan la intervención de numerosos profesionales, y en aquellos que necesitan atenciones imprevisibles que no siguen ningún modelo.

Estas situaciones suelen provocar aumento de costes, dispersión y duplicidad de los esfuerzos.

La Enfermera Gestora de Casos en el Hospital facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de esta población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno al domicilio. Basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado asegurando que los pacientes reciben el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización¹⁶.

El modelo de Gestión de Casos supone una de las múltiples formas de avanzar y mejorar la Atención Integrada, Coordinada y Continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera lidera este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir las necesidades, fomentar el auto-cuidado y con competencias en la valoración, planificación de los cuidados. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario¹⁷.

Diversos estudios muestran resultados positivos de la gestión de casos en distintas situaciones de salud y sobre diferentes resultados. Algunos de ellos se refieren específicamente a la disminución de la hospitalización, a la disminución de reingresos hospitalarios tras el alta y a la disminución de costes.

En Canarias, donde existe una gran dispersión geográfica, se ha demostrado la eficacia de esta figura, muy especialmente para las personas dependientes que precisan atención domiciliaria¹⁸.

En Andalucía, se ha demostrado que la labor de las enfermeras de enlace y de familia es un factor fundamental, ya que contribuye con una mejora significativa en la atención que reciben los pacientes inmovilizados, pacientes terminales, al alta hospitalaria y sus cuidadoras¹⁹.

Hay estudios que indican que se puede evitar hasta el 76% de los reingresos hospitalarios²⁰.

Un estudio llevado a cabo en el complejo hospitalario de Jaén en el que se analiza la efectividad de las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos confirman que²¹:

- Mejoran la salud emocional de los pacientes gestionados.
- Criterios de salud emocional, sitúan a la cuidadora principal en disposición de asumir el cuidado en el domicilio, lo que evita la prolongación de estancias hospitalarias.
- Las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos tienen impacto directo en la estancia media y pueden favorecer la decisión de asumir los cuidados en el domicilio.

Los objetivos del servicio prestado por las enfermeras gestoras de casos comprenden²²:

1. Garantizar la captación de la población diana.
2. Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
4. Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.
5. Seguimiento continuado del paciente para evitar recaídas.

El marco del profesional de la enfermera gestora de casos es:

- Enfoque Holístico y Visión Integral orientada a cubrir necesidades, fomentar el autocuidado y la adaptación a las nuevas condiciones de las personas.
- Competencias para la Valoración y Planificación Integral de los cuidados así como de resolución de situaciones complejas en colaboración con otros profesionales.
- Lenguaje común: la metodología enfermera.
- Formación y competencias para la Investigación y el desarrollo de Prácticas Avanzadas.
- Profesional de referencia en la Educación para la Salud individual, grupal y comunitaria.
- Autonomía para la toma de decisiones.
- Profesional cercano y accesible a la población y a los profesionales. Flexible, creativo y dinámico dentro de un modelo de trabajo sistemático.
- Profesional experto en la práctica clínica diaria de los casos tipo.
- Capacidad de previsión y detección de problemáticas y variaciones.
- Visión de futuro, con capacidad de adelantarse a los acontecimientos.
- Capacidad de liderazgo.
- Capacidad de delegación.
- Buena coordinadora de los diferentes sistemas asistenciales, ya sean intrahospitalarios o extrahospitalarios. Coordinación de recursos.
- Evaluación constante de todo el proceso.
- Gran flexibilidad de movimientos y horarios.
- Buena comunicación: Capaz de desarrollar relaciones interpersonales con el paciente, la familia, los diferentes profesionales implicados en todos los niveles asistenciales y en los diferentes sectores.

Significa por tanto, orientarla como un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario.

Ámbito de actuación:

El ámbito de actuación es toda el Área de Salud. Allí donde se encuentre tanto la persona como el cuidador/a y allí donde se encuentren los profesionales, los recursos y servicios.

Los procesos clave en la Gestión de Casos son:

1. Captación activa y por derivación de la población diana desde cualquier ámbito asistencial.
2. Valoración inicial y continuada, integral e individualizada (análisis de necesidades y recursos de la persona, entorno y familia).
3. Planificación global de la atención e identificación de los recursos necesarios (humanos y materiales).
4. Coordinación y activación de los profesionales y de los recursos disponibles en la comunidad (profesionales, unidades, servicios, materiales, residencias,...).
5. Formación, Información y Educación para la Salud (a los profesionales, cuidadores, personas y comunidad).
6. Evaluación y Seguimiento. Monitorización y revaloración.

La población diana que tiene es:

1. Personas con procesos crónicos incapacitantes: problemas osteoarticulares, vasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; neurológicos: con deterioro cognitivo, deterioro funcional.
2. Personas con procesos pluripatológicos y que, además, padezcan un deterioro funcional que les haga permanecer en su domicilio.
3. Personas con procesos terminales con síntomas múltiples de gran impacto emocional en el paciente y su familia y que, igualmente, necesiten cuidados paliativos en el domicilio.
4. Personas que necesitan continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria.
5. Cuidadoras familiares.
6. Personas cuidadas en instituciones residenciales públicas y privadas.
7. Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
8. Aquellos priorizados por el propio hospital.
9. VIH/SIDA.
10. Problemas de Salud Mental.
11. Enfermedades Oncológicas avanzadas e incurables.
12. **Pacientes diagnosticados y tratados de cáncer que por ser un proceso oncológico complejo, requieren múltiples pruebas en determinado momento y precisan de un seguimiento continuo.**

Funciones de la Enfermera Gestora de Casos serán las siguientes²²:

De atención y Provisión de Cuidados a la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración integral de las necesidades • Transición y acompañamiento al ingreso y/o alta hospitalaria • Seguimiento telefónico • Apoyo emocional • Adherencia al tratamiento
De planificación, Coordinación y Activación de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Captación activa y proactiva • Planificación de cuidados • Planificación de alta e ingresos hospitalarios • Activación de materiales y recursos. • Gestión de Cuidados • Derivación a otros profesionales, niveles y ámbitos asistenciales • Generar mecanismos de coordinación interniveles, interprofesionales, interrecursos. • De circuitos de información y comunicación
De Apoyo, Facilitación y Promoción.	<ul style="list-style-type: none"> • De ayudas técnicas • De la práctica multi e interdisciplinar • De directorios actualizados de recursos y de contactos • De información sobre el estado del proceso salud-enfermedad de las personas y cuidadores/Área de Salud • De citas médicas, pruebas diagnósticas y visado de recetas • Del registro multiprofesional de las actividades e intervenciones realizadas.
De Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Comisiones de Cuidados de Área • Grupos de trabajo, interdisciplinar • Elaboración de guías, protocolos, circuitos,...conjuntos • Sesiones clínicas conjuntas
De Formación, Información y Educación para la Salud	<ul style="list-style-type: none"> • A profesionales, a cuidadores/Área de Salud y a las personas • Educación para la Salud, fomento del autocuidado, la autonomía y la responsabilidad. • Información sobre cuidados y técnicas

	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres y atención al cuidador/a • Formación en sesiones clínicas y otras actividades formativas para profesionales.
De Investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y participación en proyectos de investigación • Desarrollo y participación de trabajos científicos
De Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos de mejora • Evaluación del Plan Integral del Caso • Evaluación de estructura, proceso y resultados

A modo de resumen las cuatro líneas de intervención básicas de la gestora de casos son:

- ❖ Evaluación global del paciente dentro de un enfoque multidisciplinar.
- ❖ Identificación de diagnósticos y /o problemas y priorización de estos.
- ❖ Concretar resultados a obtener asignándoles unas prioridades de manera cronológica.
- ❖ Evaluación y seguimiento continuado.

Cáncer colorrectal

Generalidades:

El cáncer colorrectal es el segundo tumor maligno más común en los países desarrollados, considerando ambos sexos, y ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumor. En varones es la segunda causa después del cáncer de pulmón²

En el momento del diagnóstico, se estima que el 80% será potencialmente curable; de éstos, el 40% desarrollará recidivas locales o a distancia; el 20% de estas recidivas serán resecables, y la probabilidad de resección curativa es directamente proporcional al tiempo de detección de ésta. En cualquier caso, y de manera global, la mitad de los pacientes con carcinomas de colon y recto vivirá más de 5 años y la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa⁶.

Su importancia es tal que en España la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud⁴, así como diversas sociedades médicas recomiendan el programa de cribado de cáncer de colorrectal.

Actualmente el Sistema Navarro de salud ha implantado este programa.

Tratamiento:

El tratamiento del cáncer colorrectal es multifactorial pero la cirugía es la base del tratamiento cuando la intención es curativa. La finalidad de la cirugía es reseca el tumor, reseca las áreas de drenaje linfático y reseca (cuando las hay) las metástasis. Además de perseguir la curación, la cirugía va a permitir estadificar la enfermedad (en base al estudio anatomopatológico de la pieza), lo que nos ayudará a instaurar el mejor plan de tratamiento y de seguimiento para los pacientes una vez operados.

De los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, el 80% son potencialmente curables con cirugía radical del tumor primario, no obstante al menos la mitad de estos desarrollarán enfermedad recurrente local o a distancia²³.

En el caso del cáncer de recto, la radioterapia (RT) pre o postoperatoria disminuye la recidiva local. En algunos estudios la RT preoperatoria aumenta la supervivencia.

Existe evidencia grado I, abundante y consistente (9 ensayos clínicos randomizados), de que la RT preoperatoria reduce en casi un 50% las recurrencias localregionales de las resecciones curativas, tanto cuando se administran en 1 ó 5 semanas en dosis radiobiológicas equivalentes. Además, hay evidencia grado I de que la RT preoperatoria puede mejorar la supervivencia de los pacientes con resección posterior curativa.

La estadificación anatomo-patológica sigue siendo el mejor indicador de riesgo de recurrencia.

Actualmente existe clara evidencia de que los pacientes con cáncer colorrectal en estadios II y III, se benefician de la quimioterapia complementaria a la cirugía, tanto en cuanto a la reducción del riesgo de recurrencia como en cuanto a la mejoría de la supervivencia global, obteniéndose en diversos ensayos una reducción relativa del índice de recidivas del orden del 35-40% y una disminución relativa de la mortalidad del 22-33%²⁴.

Pronóstico:

El pronóstico (posibilidad de recuperación) y opciones de tratamiento depende de los siguientes aspectos:

1. El estadio del cáncer.
2. Presentación del cáncer como oclusión o perforación.
3. Si la cirugía extirpa toda la enfermedad o no (radicalidad)²⁵.

1. El estadio del cáncer.

La estadificación del cáncer colorrectal es necesaria para planificar el tratamiento, establecer el pronóstico y evaluar los resultados del tratamiento. Constituye una parte esencial y punto de referencia de los denominados factores pronósticos.

La estadificación patológica es de la máxima importancia y se realiza mediante el sistema TNM (Anexo I).

2. Presentación del cáncer como oclusión o perforación.

Las neoplasias ocluidas y perforadas de colon tienen peor pronóstico que las intervenidas de forma electiva, para un mismo estadio tumoral.

3. Si la cirugía extirpa toda la enfermedad o no (radicalidad).

Los pacientes sometidos a resección quirúrgica del tumor primario, se clasifican según la Clasificación R. Esta clasificación se desarrolla con el fin de documentar la eficacia del tratamiento quirúrgico realizado, y describe la ausencia o presencia de cáncer residual, y si hay presencia de cáncer residual si es microscópica o macroscópica (Anexo II).

Supervivencia:

La supervivencia global del cáncer colorrectal a los 5 años es del 80-90% en el estadio I, 50-75% en el estadio II y 25-45% en el estadio III.

En los tumores metastásicos (estadio IV) la supervivencia tradicionalmente estimada era inferior al 10% a los 5 años; sin embargo, hoy en día este valor ha experimentado una importante mejoría debido a la cirugía de las metástasis hepáticas, pulmonares y a los nuevos tratamientos quimioterápicos.

Estos datos nos muestran que un alto porcentaje de pacientes en estadio II, III, y IV van a recaer sobre todo en los dos primeros años tras la cirugía. Por este motivo cabe destacar la importancia de los programas de seguimiento dirigido a detectar recidivas en fase precoz o tumores metacrónicos en estos pacientes²³.

Recidivas:

El Cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar en la lista de los tumores que más muertes causan en el mundo occidental. El 40% de los pacientes con cáncer colorrectal, intervenidos con intención curativa, desarrollará una recidiva de su enfermedad. El 30% de estas recidivas se van a producir a nivel locorregional; entre el 55 y el 80% de ellas se diagnosticarán en los primeros dos años tras la cirugía del tumor primario, y casi la mitad tendrá al diagnóstico enfermedad metastásica asociada²³.

Las localizaciones más frecuentes de la primera recidiva son hígado, pulmón, locorregional, intraabdominal y retroperitoneal.

Las recidivas locorregionales son más comunes en el cáncer de recto, mientras que las retroperitoneales son más frecuentes en el de colon. El porcentaje de metástasis a distancia es muy similar en cánceres de ambas localizaciones.

A. Locorregionales :

De todas las recurrencias locales, el 50% son candidatas a cirugía y la supervivencia a los 5 años es del 20-25%. De los pacientes con recurrencia local, el 65% podría ser susceptible de resección si se hace un seguimiento intensivo, frente a sólo el 10% en el caso de seguimiento menos intenso.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con recidiva locorregional son explorados quirúrgicamente, y de ellos del 40% al 77% se someten a una resección potencialmente curativa. La supervivencia media a los 5 años es de aproximadamente el 30% en pacientes sometidos a resección curativa e inferior al 10% en pacientes no operados.

B. Metástasis:

- Metástasis hepáticas: La mitad de los pacientes afectos de carcinoma colorrectal presentarán metástasis hepáticas (MH) en algún momento de su evolución. De estos aproximadamente la mitad el diagnóstico de metástasis hepáticas se hará al mismo tiempo que el del tumor primitivo. La cirugía resectiva es el tratamiento de elección y la supervivencia a los 5 años oscila entre 35-45%.

- Metástasis pulmonares: aproximadamente el 20% de los pacientes afectos por carcinoma colorrectal presentan metástasis a distancia en el momento de realizar el diagnóstico del CCR, y sólo el 2-4 % de todos los pacientes tienen exclusivamente metástasis pulmonares.

La resección de las metástasis pulmonares se considera el tratamiento de elección. Con ella se obtienen unas tasas de supervivencia a los 5 y 10 años que oscilan entre 35-45% y 20-30% respectivamente.

Tumores metacrónicos:

Los tumores metacrónicos aunque no son propiamente una recurrencia, constituyen uno de los objetivos fundamentales del programa de seguimiento. Aquellos pacientes que han sido tratados con éxito de un cáncer colorrectal tienen mayor probabilidad de desarrollar pólipos o cánceres con el transcurso de los años. El riesgo de desarrollar pólipos metacrónicos oscila entre 30-60%, y el de un segundo tipo de cáncer es de 2 a 8%.

A diferencia de la enfermedad recurrente, el desarrollo de neoplasias metacrónicas no se concentra en los dos primeros años ni disminuye a partir del quinto sino que se prolonga a lo largo de toda la vida y es acumulativo. De esta forma. La realización de colonoscopia con menos frecuencia pero durante un periodo mayor de tiempo por encima de los cinco años tras la cirugía, podría tener un mayor beneficio. Más aún, los pacientes con antecedentes de CCR constituyen una población con mayor riesgo de desarrollar pólipos adenomatosos. En 1999 el Polyps National Study ha sugerido que un intervalo de 3 años entre colonoscopias es eficaz para detectar y tratar pólipos adenomatosos antes de su transformación maligna. La extrapolación de estos datos al subgrupo de pacientes en

programas de seguimiento justifica la realización de colonoscopias al menos con tres años de intervalo.

Tumores extracolónicos:

El 25-30% de los casos de cáncer colorrectal presentan agregación familiar con un aumento de la predisposición a desarrollar la enfermedad.

La historia familiar de CCR es considerada uno de los factores de riesgo de mayor peso para el desarrollo de la enfermedad, aunque el conjunto de rasgos y alteraciones genéticas que aumentan el riesgo de aparición de CCR es muy heterogéneo y desconocido en más de la mitad de los casos²⁶.

RIESGO DE CCR SEGÚN HISTORIA FAMILIAR	
PARENTESCO Y NÚMERO DE AFECTADOS	RR
1 FPG	1,8-2
≥1 FPG	2,5
≥2 FPG	3,9
≥3 FPG	8,5
≥FSG	1,5-2,9

RR: Riesgo relativo /FPG: Familiar de primer grado/FSG: Familiar de segundo grado

El síndrome de Lynch, la poliposis adenomatosa familiar y la poliposis asociada a MUYTH son los principales síndromes hereditarios.

El síndrome de Lynch se trata de un proceso de herencia autosómica dominante y con una alta penetrancia. Su base genética se debe a la mutación en línea germinal de alguno de los genes que codifican las proteínas del sistema de reparación de ADN.

Los pacientes con síndrome de Lynch se caracterizan por presentar tumores en colon (frecuentemente en colon proximal) con una mediana de edad al diagnóstico de 45 años. Se calcula que el riesgo de padecer cáncer de colon es del 70% a lo largo de su vida. Asimismo, es frecuente que presenten otros tumores extracolónicos, como cáncer de endometrio, ovario, estómago o urotelio.

El pilar fundamental del tratamiento de estos pacientes es el diagnóstico precoz. Recomiendan iniciar el cribado con colonoscopia a los 20-25 años, con una frecuencia entre anual y trianual.

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un trastorno de herencia autosómica dominante, producido por mutaciones en el gen supresor tumoral APC. Los pacientes afectados de este proceso se caracterizan por desarrollar cáncer colorrectal a partir de pólipos adenomatosos. El riesgo de desarrollo de tumores malignos de colon a lo largo de la vida es del 100%. Además de tumores en colon, los pacientes con PAF también pueden desarrollar tumores en duodeno, páncreas, tiroides, hepatoblastomas (en niños) o meduloblastomas. La PAF (en su variante llamada síndrome de Gardner) se asocia a alteraciones óseas, sobre todo en cráneo y mandíbula, problemas dentales, hipertrofia del epitelio retiniano, tumores desmoides, quistes sebáceos y otras alteraciones cutáneas.

Con respecto a los tumores extracolónicos, se recomiendan endoscopias digestivas altas cada 5 años, comenzando a los 20-25 años o en el momento en el que se diagnostiquen pólipos en colon.

La poliposis asociada a MUTYH se debe a la mutación bialélica del gen MYH, que forma parte del sistema de reparación del ADN.

Clínicamente tiene un modo de presentación similar al de la PAF, con presencia de un número variable de pólipos, y con desarrollo de cáncer colorrectal en edades más tardías.

Métodos de detección de las recidivas:

Los métodos fundamentales para detectar la recidiva son los siguientes²³:

1. CEA:

Se ha utilizado como marcador tumoral en el cáncer colorrectal (CCR), especialmente en el seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía con intención curativa. Estudios recientes confirman que un CEA preoperatorio elevado se asocia con una alta tasa de recidiva y, especialmente, con la presencia de metástasis a distancia²⁷.

2. Colonoscopia:

Imprescindible en el diagnóstico de recidivas anastomóticas y en recidivas intraluminales tras resecciones locales. La colonoscopia postoperatoria permitirá reseccionar adenomas de colon al 30-50% de pacientes intervenidos por CCR. El seguimiento colonoscópico postoperatorio permite diagnosticar un 4-6% de tumores metacrónicos, en un estadio ostensiblemente más precoz y en consecuencia con mayor potencialidad curativa.

Estudios randomizados disponibles en la actualidad demuestran un beneficio en el seguimiento con colonoscopia en los 5 a 7 años tras cirugía durante este período de seguimiento²⁸.

3. TAC:

Es la técnica más rentable en el diagnóstico de una recidiva locorregional. Además es de gran utilidad para descartar metástasis a distancia asociadas, que pueden condicionar el que se plantee o no el rescate quirúrgico.

4. Otros:

- PET: Es obligatoria antes de plantear un rescate quirúrgico, para descartar recidiva a otros niveles y evitar al paciente una cirugía innecesaria. su realización contribuye a aclarar la naturaleza de la lesión y descartar otras recurrencias.
- RM: Es útil en la recidiva local del cáncer de recto, para valorar la afectación de estructuras vecinas y la resecabilidad.

Objetivos de la detección de recidivas:

El 70% de las recurrencias ocurren en el plazo de cinco años tras la cirugía y más del 90% ocurren en el plazo de 5 años. La detección de una recidiva a tiempo (en fase asintomática) es importante debido a que:

- Podremos plantear cirugía de rescate que aumentará la supervivencia del paciente. Además detectando una recidiva asintomática conseguiremos mayor supervivencia que detectando una recidiva sintomática.
- Podremos realizar un inicio precoz de tratamiento: Con la quimioterapia se consigue aumentar la supervivencia en pacientes asintomáticos.
- En el caso de pacientes sintomáticos no candidatos a cirugía ni a quimioterapia, se podrá orientarlos a realizar cuidados paliativos²³.

DESARROLLO:

Importancia del seguimiento del paciente con cáncer colorrectal:

Nuestra sociedad, en los últimos años, está sufriendo una serie de cambios sociodemográficos y de morbilidad similares al del resto de países occidentales que repercute directamente sobre su salud y como consecuencia, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. Entre los cambios producidos se pueden destacar: el envejecimiento poblacional, la cronificación de enfermedades, el aumento de las personas con discapacidades, los cambios en la estructura familiar, y la incorporación de la mujer al mundo laboral²⁹.

No se puede olvidar la posición que ha ocupado la sociedad. Los ciudadanos están dejando de ser sujetos pasivos de las acciones paternalistas del sistema sanitario para comenzar a tomar una parte activa en la toma de decisiones sobre qué servicios precisa y cómo deberán de ser en el futuro los mismos, existiendo una corriente clara que aboga por la autonomía del paciente y por que la oferta sea más integral.

Los ciudadanos priorizarán, definiendo el perfil de los servicios sanitarios que necesitan, basándose en conseguir mejores niveles de calidad de vida.

Es en la atención de las personas de alta dependencia o con procesos de alta complejidad como es el cáncer colorrectal, donde tiene sentido la implantación de programas de gestión de casos.

La implicación de distintas especialidades médicas en el diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal, implica múltiples desplazamientos del paciente para visitas sucesivas con los especialistas, pruebas, recogida y entrega de resultados, etc. A menudo, esto provoca que se retrase el inicio del tratamiento y que el paciente deba moverse a través del sistema sanitario por una ruta muy compleja.

La atención Especializada está prestando servicios a una población cada vez más envejecida, y con múltiples y complejos problemas socio-sanitarios. Son, precisamente, estas circunstancias las que demandan la presencia de una enfermera en el ámbito hospitalario dedicada a la gestión de casos para la población más vulnerable.

La Enfermera Gestora de Casos en el Hospital facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de esta población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno al domicilio²².

La asignación de un sólo profesional enfermero durante el proceso completo mejora tanto la calidad de los cuidados prestados como la calidad percibida por parte del paciente.

Ante esta nueva realidad los Servicios de Salud, han de ofertar una asistencia más efectiva especialmente a determinados grupos de población más vulnerables.

El paciente con cáncer colorrectal supone un grupo de riesgo debido a las numerosas pruebas diagnósticas a las que se tiene que enfrentar, numerosas consultas que va a frecuentar, cirugía, tratamientos de radioterapia, quimioterapia, secuelas que va a tener que admitir, estrés emocional, desamparo ante la nueva situación, temor a la invalidez,

situación física no deseado y falta de auto cuidado. Todo ello puede llevar a complicaciones y a un aumento de la morbilidad psicológica. Además la recidiva es la causa de la mayoría de las muertes tras cirugía con intención curativa por lo que necesitará de un seguimiento continuado en su proceso de enfermedad.

Se trata de pacientes que son susceptibles de sufrir el Síndrome Socio Sanitario (SSS) por las demandas de atención y cuidados múltiples, tanto médicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales (Primario, Hospitalario, Salud Mental, Servicios Sociales, etc.) que tienen una etiología plural (biológica, familiar, psicológica, etc), ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente³⁰.

Los datos de recidivas en pacientes con cáncer colorrectal, justifican la importancia del seguimiento para detectar y tratar de forma precoz una recaída, un segundo tumor colorrectal, o un tumor asociado en casos de tumores familiares.

El seguimiento sirve para identificar aquellos pacientes con posibilidad de cirugía de rescate y/o tratamiento paliativo, así como para la identificación de segundos tumores en una etapa temprana.

Estudios como el de la Asociación Americana de Oncología (ASCO), la Asociación de Coloproctólogos de Gran Bretaña e Irlanda, la Asociación Americana de Cirujanos Colorectales (ASCRS), y el metaanálisis de Ohlson muestran un claro beneficio (entre el 7-10%) con el seguimiento. Por todo lo anterior existe recomendación suficiente para justificar el seguimiento en cuanto a la supervivencia a largo plazo se refiere.

El seguimiento estricto de los pacientes con cáncer colorrectal en estadios II y III tras la cirugía durante los 2-3 primeros años, mejora su supervivencia con respecto a un seguimiento más laxo²³. Sin embargo, este seguimiento es complejo (CEA, TC, RM...) (Anexo III).

El paciente con cáncer colorrectal va a tener que frecuentar numerosos servicios distintos (laboratorio, cirugía, radioterapia, quimioterapia, radiología, digestivo...) lo que implica numerosos desplazamientos del paciente para visitas sucesivas con los especialistas, pruebas, recogida y entrega de resultados, etc.

A menudo esto provoca que se retrase el inicio del tratamiento y que el paciente deba moverse a través del sistema sanitario por una ruta muy compleja que le crea estrés, miedo y desconfianza.

En numerosas ocasiones, se dejan pruebas de realizar, se retrasan las consultas más de lo debido por las listas de espera, se traspapelan resultados o tardan en llegar y esto influye directamente en la salud del paciente ya que el seguimiento debe ser continuado y es importante la realización de pruebas, consultas, resultados en el tiempo acordado.

La falta de conexión entre los diferentes niveles asistenciales implicados en el proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento del cáncer colorrectal puede explicar una parte importante de los retrasos en el diagnóstico de recidivas.

La atención sanitaria está fragmentada, por lo que la enfermera gestora de casos va a coordinar los diferentes niveles asistenciales evitando la duplicidad de consultas y

tiempos; por el mismo motivo aumenta la eficacia de la atención y la calidad percibida de la misma, fomenta la capacidad de decisión y promueve el auto cuidado³¹.

Por todo ello se propone la figura de la enfermera gestora de casos en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal para proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva en atención Especializada, garantizar un seguimiento continuado para detectar recidivas de forma precoz, y conseguir una correcta coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Puesto que va a ser el referente del paciente en el proceso de enfermedad, va a ser pieza clave en el seguimiento continuado que va a realizarle para detectar posibles recidivas, tumores metacrónicos o un segundo tumor.

Aunque no podemos modificar el estadio ni la biología del tumor primario, la enfermera gestora de casos tiene un impacto importante en el seguimiento del paciente con cáncer colorrectal. La enfermera será la encargada de coordinar un seguimiento continuado del paciente con cáncer colorrectal para detectar recidivas en fase precoz o tumores metacrónicos, y el resto de sus problemas.

Además va a ser la encargada de que las consultas/ pruebas diagnósticas se realicen en el tiempo acordado e informará al médico de los resultados de estas en el menor tiempo posible.

La mayoría de las recidivas locorregionales se diagnostican en estadios avanzados, cuando comienzan a causar síntomas, y se encuentran habitualmente fuera del alcance de la cirugía. Esto es lo que la enfermera gestora de casos va a tratar de evitar. De ahí a la importancia de que la enfermera gestora de casos detecte estas recidivas a tiempo, en la fase asintomática en la que se podrá realizar cirugía y se presenta una mayor supervivencia.

Los pacientes sintomáticos deben ser explorados minuciosamente utilizando las pruebas diagnósticas adecuadas para confirmar la recidiva, excluir las metástasis a distancia y evaluar el riesgo quirúrgico.

Se recomienda la realización de seguimiento por el impacto positivo en la supervivencia en los casos de recurrencia local y de metástasis localizadas subsidiarias de cirugía curativa. Si existe recurrencia con enfermedad diseminada, el tratamiento con quimioterapia ofrece mejores resultados si se inicia en estadios asintomáticos precoces.

Varios estudios randomizados y un metaanálisis, demuestran que la quimioterapia prolonga la supervivencia y mejora el confort de pacientes con CCR diseminado. Estos estudios demuestran que si, además, la QT se inicia en estadios asintomáticos, se obtiene una prolongación del periodo libre de enfermedad de hasta 6 meses y, además, aumenta la calidad de vida si se compara con los mejores cuidados paliativos. Esto motivaría un seguimiento más intensivo con el propósito de identificar pacientes con recurrencias asintomáticas no resecables subsidiarias de QT paliativa²³.

Plan de seguimiento del cáncer colorrectal:

Se entiende por “Seguimiento” una práctica clínica habitual en Oncología caracterizada por un programa de revisiones periódicas, habitualmente asociado a la realización de una serie de exploraciones complementarias, durante un tiempo variable, dirigido a pacientes que han sido tratados de una enfermedad neoplásica, generalmente con carácter curativo, y que se encuentran asintomáticos, al objeto de detectar precozmente una recaída de la enfermedad que pudiera ser potencialmente tratable. Este concepto se aplica al Cáncer Colorrectal (CCR)³².

El programa de seguimiento debe adaptarse de forma individualizada, en función de las características de cada paciente. Se debe determinar en primer lugar, si el paciente tiene un riesgo evidente de recurrencia, después si el paciente prefiere un enfoque agresivo para las pruebas de seguimiento y por último si el paciente puede tolerar la repetición del tratamiento en caso que fuera necesario.

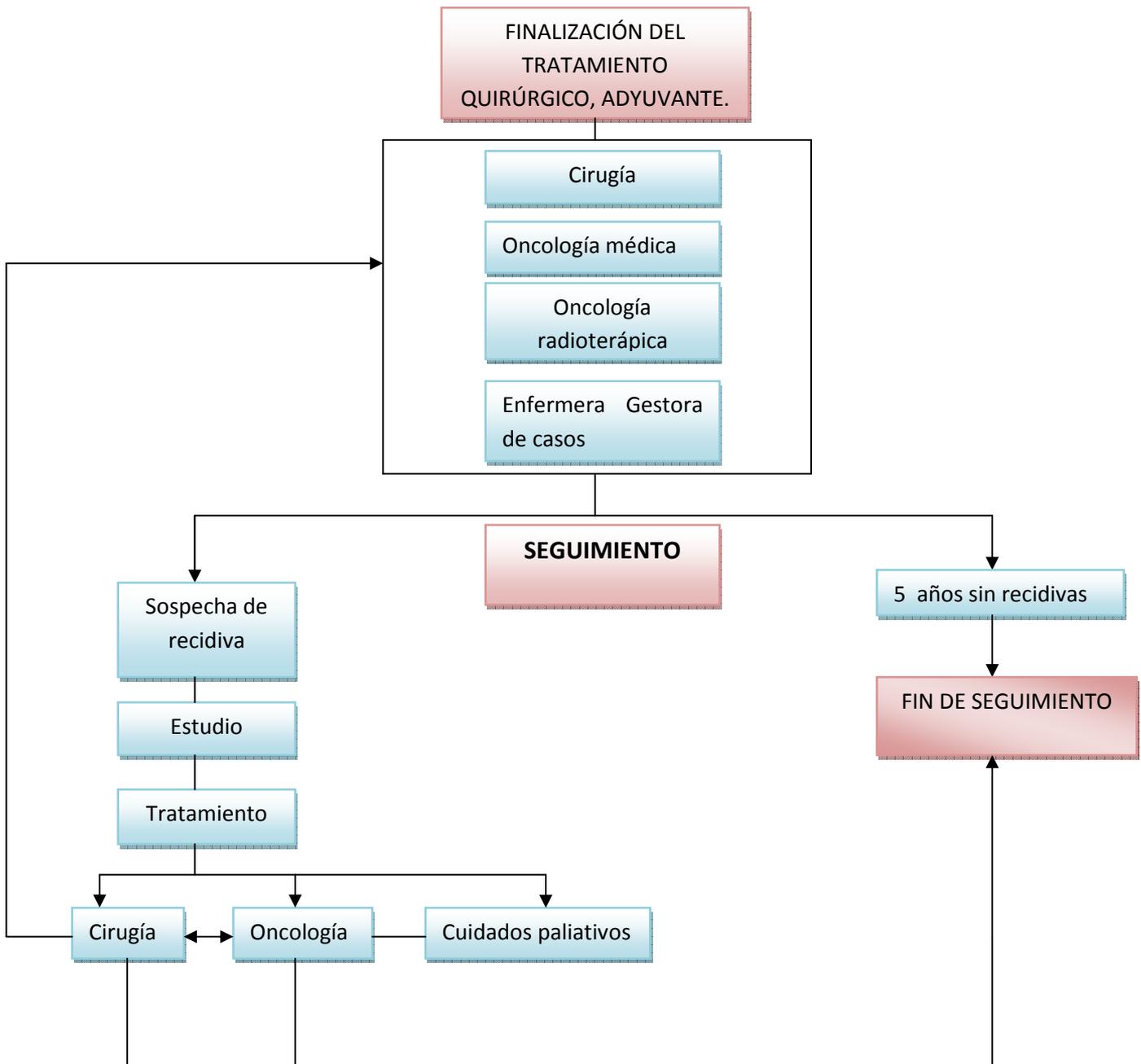
El seguimiento estricto de los pacientes con cáncer colorrectal en estadios II y III tras la cirugía durante los 2-3 primeros años, mejora su supervivencia con respecto a un seguimiento más laxo. No está recomendado un seguimiento estricto de los pacientes con cáncer colorrectal con estadio I, ya que el riesgo de recurrencia es muy bajo ³³ (Anexo III).

Objetivos del seguimiento:

Los objetivos fundamentales del programa de seguimiento al paciente intervenido de cáncer colorrectal son los siguientes²³:

1. Diagnóstico en periodo asintomático de recidivas locorregionales y metástasis a distancia.
2. Diagnóstico de adenomas y tumores metacrónicos de colon y recto.
3. Diagnóstico de tumores extracolónicos en cáncer colorrectal familiar.
4. Detectar la necesidad de apoyo psicosocial y ayuda a la estomaterapia.
5. Valoración de los factores pronóstico que pueden influir en la evolución.
6. Análisis y valoración del efecto de posibles tratamientos adyuvantes.
7. Conocimiento de la historia natural de la enfermedad y eficacia de la intervención realizada por cada cirujano.

Diagrama general de seguimiento:



La enfermera gestora de casos tendrá un papel fundamental en el plan de seguimiento al paciente con cáncer colorrectal para conseguir los objetivos 1 - 4. Además deberá prestar mayor atención a pacientes con riesgo alto de recidivas a los que deberá de realizar un seguimiento exhaustivo sobre todo en los dos primeros años. Será importante detectar recidivas asintomáticas ya que los pacientes con cánceres recurrentes, si se diagnostican a tiempo, pueden beneficiarse o curarse con más cirugía u otro tratamiento. Además a los pacientes que no sean candidatos a cirugía ni a quimioterapia se les ofrecerán cuidados paliativos para mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan al problema asociado con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la

prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. Los cuidados paliativos proporcionan alivio del dolor y otros síntomas, no intentan acelerar ni retrasar la muerte, ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible y a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo. Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo cuando esté indicado y mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente durante el curso de la enfermedad²³.

Por otro lado es importante el seguimiento para detectar la necesidad de apoyo psicosocial y ayuda de la estomaterapia.

Diferentes autores describen una tendencia hacia una mayor confianza en el seguimiento en los pacientes en los que éste fue más intenso. Los pacientes expresaron una fuerte preferencia por el seguimiento y la mayoría demandaban visitas regulares lo que probablemente esté en relación con un efecto psicológico favorable^{34,35}.

Las repercusiones psicológicas de la enfermedad influyen negativamente tanto en la calidad de vida del momento, como en la capacidad de recuperación y adaptación a la enfermedad. La evidencia científica muestra que más del 50% de los pacientes presentan signos y síntomas ansiosos o depresivos como consecuencia del elevado distrés psicológico que experimentan.

Así mismo, se ha observado que entre el 20-35% de los pacientes con cáncer llegan a presentar morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico y que estos porcentajes aumentan durante los tratamientos y la hospitalización⁴.

Se considera conveniente incluir aspectos de la psico-oncología en los equipos para una atención sanitaria de calidad.

La enfermera gestora de casos si detecta esta necesidad, les proporcionará la atención integral necesaria para garantizar el tratamiento adecuado de la enfermedad y de las secuelas físicas, psíquicas y sociales que ésta conlleva, desde el diagnóstico hasta su restablecimiento o muerte. Otra buena razón para que la enfermera realice el seguimiento postoperatorio es detectar tumores metacrónicos y tumores extracolónicos en pacientes con CCR familiar. El desarrollo de neoplasias metacrónicas no se concentra en los dos primeros años ni disminuye a partir del quinto sino que se prolonga a lo largo de toda la vida y es acumulativo. De esta forma, la realización de colonoscopia con menos frecuencia pero durante un periodo mayor de tiempo por encima de los cinco años tras la cirugía, podría tener un mayor beneficio. Además, el 25-30% de los casos de cáncer colorrectal presentan agregación familiar con un aumento de la predisposición a desarrollar la enfermedad por lo que la enfermera será clave en el seguimiento de estos pacientes.

Además, aproximadamente uno de cada cinco pacientes con cáncer de colon tendrá nuevos pólipos posteriormente por lo que el seguimiento será necesario para detectarlos y extirparlos antes de que se vuelvan cancerosos.

A efectos de establecer un cronograma, se entiende que el seguimiento comienza a partir del momento en que finaliza el plan terapéutico individualizado para el paciente. En

este sentido, distinguimos dos situaciones diferentes: pacientes que no han recibido tratamiento adyuvante en los que el seguimiento comienza cuando se realiza el tratamiento quirúrgico, y pacientes que reciben tratamiento adyuvante en los que el seguimiento comienza cuando finaliza el tratamiento adyuvante²³.

1. Pacientes con cáncer de colon a los que se ha decidido una intervención quirúrgica: Cuando el paciente sea dado de alta, se remitirá al paciente a Oncología Médica:
 - Si se trata de un paciente que no requiere tratamiento adyuvante (habitualmente pacientes en estadio I o II de bajo riesgo), se contraindica el mismo o es rechazado por el paciente tras ser adecuadamente informado el paciente es dado de alta y pasa a seguimiento por Cirugía General y Aparato Digestivo.
 - Si se trata de un paciente que recibe tratamiento adyuvante (habitualmente pacientes en estadio II de alto riesgo o III), el seguimiento se realiza en Oncología Médica.Si antes del alta tras la intervención se dispone del informe de anatomía patológica podrá obviarse la interconsulta a Oncología Médica si se trata de un estadio I o II de bajo riesgo.
2. Pacientes con cáncer de recto que no han recibido tratamiento preoperatorio. Se procederá de igual forma. Tras la intervención quirúrgica, el paciente se remite a Oncología Médica y Radioterápica iniciándose el seguimiento cuando el paciente finalice el tratamiento adyuvante si lo precisa.
3. Pacientes con cáncer de recto a los que se ha decidido un esquema de radioterapia o radio- quimioterapia preoperatoria/cirugía/quimioterapia adyuvante. Tras la intervención quirúrgica, el paciente se remite a Oncología Médica y Radioterápica iniciándose el seguimiento cuando el paciente finalice el tratamiento adyuvante si lo precisa.

DISCUSIÓN:

Matriz DAFO del proyecto que se propone: Gestión de casos en el cáncer colorrectal:

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none">• Resistencia y miedo al cambio.• Dificultades para coordinarse con otros profesionales.• Conflicto de competencias.• Déficit de conocimientos acerca de las funciones de la gestora de casos.• Problemas para registrar la información.	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación asistencial• Garantiza y potencia la continuidad de cuidados.• Actúa en grupos especialmente vulnerables.• Fomenta el auto cuidado, la autogestión y la independencia.• Implicación del equipo multidisciplinar.• Paciente activo en la formulación de objetivos del proceso de cuidado.• El paciente manifiesta seguridad y disminuye la incertidumbre sobre su proceso.• Mayor seguimiento del proceso de enfermedad que se traduce en detección precoz de recidivas.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Falta de experiencia en Navarra.• Desconfianza sobre la enfermera como profesional de referencia.• Desconocimiento de la figura de la enfermera gestora de casos.• No hay legislación sobre gestión de casos.	<ul style="list-style-type: none">• Mejora la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles. Coordinación asistencial.• Disminuye la fragmentación de los cuidados: aumento de relación coste efectividad.• Mejora la calidad asistencial.• Enfermería como profesional autónomo.• No es necesaria una gran inversión.• Gran necesidad de acompañamiento en los pacientes oncológicos.• Alta incidencia de patología colorrectal.• Aumento de supervivencia.

Ventajas de la implementación de la enfermera gestora de casos:

La enfermera es el profesional sanitario que proporciona cuidados y acompaña al individuo en su proceso dentro del sistema sanitario y su trabajo se desarrolla en estrecha colaboración con el paciente. Posee una visión global del mismo, lo que le permite conocer y detectar problemáticas de salud, valorar las necesidades y recursos que precise el paciente y su familia y estar en condiciones de evaluar los efectos de la atención proporcionada. Con todo esto, se erige como el profesional más capacitado para detectar las necesidades del individuo, sobre todo en aquellas en las que se manifiestan carencias.

Este profesional cuenta con un grado de autonomía que le viene dado por la estructura y por su propia actitud, con la autoridad que le confiere el hecho de ser una experta en cuidados y la posición que ocupa dentro del equipo interdisciplinar, y con la responsabilidad que se le asigna y ella asume.

En cualquier caso, el modelo de Gestión de Casos permite desarrollar la vertiente autónoma del rol de la enfermera y dota a ésta de más relevancia en el sistema sanitario y en la sociedad, pasando la enfermera a ocupar una posición central dentro del equipo interdisciplinario.

Para los pacientes, proporciona una atención longitudinal y centrada en sus necesidades reales, que atiende no sólo al usuario sino también a su entorno familiar/cuidador. Están además coordinados los diferentes niveles asistenciales evitando la duplicidad de consultas y tiempos; por el mismo motivo aumenta la eficacia de la atención y la calidad percibida de la misma, fomenta la capacidad de decisión y promueve el autocuidado.

Puesto que va a ser el referente del paciente en el proceso de enfermedad, en lo que realmente destaca la enfermera gestora de casos en este proyecto es en el seguimiento exhaustivo que realiza a los paciente con cáncer colorrectal que permitirá estar en continuo contacto con el paciente pudiendo identificar de manera temprana cualquier recidiva en fase asintomática o sintomática. En los dos primeros años tras la cirugía la enfermera gestora de casos deberá poner todos sus medios para cumplir el programa de seguimiento para detectar posibles recidivas sobre todo en fase asintomática ya que la supervivencia de los pacientes si se produce va a ser mayor que en fase sintomática.

Por otro lado tendrá la función de realizar un seguimiento encaminado a detectar tumores metacrónicos, extracolónicos o segundos tumores.

Las recidivas en los pacientes seguidos más intensivamente se pueden detectar más tempranamente, permitiendo que los tratamientos eficaces de rescate mejoren la supervivencia.

Además va a ser la encargada de que las consultas/ pruebas diagnósticas se realicen en el tiempo acordado.

Diversos trabajos de investigación (estadounidenses y españoles) realizan una argumentación teórica de las ventajas y virtudes de la Gestión de Casos, entre los que destacamos los siguientes:

- Para López, Montiel y Rojo³⁶ la Gestión de Casos mejora la planificación y protocolización de los servicios sanitarios y mejora las estancias medias, lo que incide en la consecución

de una mayor calidad de los mismos. Además, se integran y coordinan los diferentes protocolos médicos y enfermeros adaptándolos a los recursos del centro y a las particularidades del paciente y se coordina y controla la ejecución de los cuidados en el plan de actuación interdisciplinario.

- Monrás y Noguera³⁷ defienden la necesidad de tener en cuenta la organización por procesos como una forma de desarrollar un modelo asistencial hospitalario orientado al paciente e inspirarse en sus necesidades, detectar con claridad los procesos asistenciales en relación a su prevalencia y requerimientos, y promover un cambio hacia la organización por actividades.
- La Generalitat de Catalunya³⁸ en el documento Catalunya Demà, publicado en las II Jornadas de Debate en Junio del 2001, reconoce la necesidad de encontrar sistemas de mejora continua de los servicios sanitarios y de adecuar a los profesionales para poder conseguir la máxima efectividad, eficiencia y calidad del servicio. Además, cita que la introducción del sistema de Gestión de Casos permitirá atender mejor las necesidades globales de atención de los diferentes tipos de pacientes, lo que implica que un profesional pueda hacerse responsable de gestionar la atención continua y coherente de determinados tipos de enfermos complejos que lo requieran. La Generalitat de Catalunya contempla también la necesidad de crear servicios o equipos interdisciplinarios con una nueva organización, que sean los ejes de atención de las nuevas líneas de servicios para los ciudadanos. Estos servicios deben transformarse en unidades básicas de gestión con capacidad de decisión en aspectos de selección, retribución e incentivos, y con la responsabilidad de los presupuestos internos pactados, de los objetivos de actividad, política de calidad y de resultados en un entorno de objetivos estratégicos institucionales³⁹.

El seguimiento del paciente con cáncer colorrectal puede ser un campo óptimo en el que aplicar las ventajas de la gestión de casos.

CONCLUSIONES:

1. La gestión de casos proporciona a los pacientes una atención longitudinal y centrada en sus necesidades, fomenta la capacidad de decisión, promueve el autocuidado, aumenta la eficacia de la atención y la calidad percibida de la misma. Permite que los diferentes niveles asistenciales estén coordinados, evitando la duplicidad de consultas y tiempos por el mismo motivo y minimizando la fragmentación de los cuidados.
2. Los pacientes con cáncer colorrectal son atendidos por diversos profesionales y servicios, sin que muchas veces haya una coordinación efectiva entre estos, lo que les lleva a un deambular por pasillos, consultas y unidades. A menudo esto provoca que se retrase el inicio del tratamiento y que el paciente deba moverse a través del sistema sanitario por una ruta muy compleja que le crea estrés, miedo y desconfianza. La enfermera gestora de casos podría gestionar que la realización de pruebas, consultas, y resultados se hagan en el tiempo acordado y que se realice un seguimiento continuado.
3. La enfermera gestora de casos podría ser el referente del paciente con cáncer colorrectal en todo el proceso de enfermedad y podría ser la pieza clave en el seguimiento continuado que se va a realizar para detectar tanto problemas o secuelas derivadas de su enfermedad, como posibles recidivas en fase precoz, tumores metacrónicos o extracolónicos. Se podría producir un beneficio de supervivencia global al intensificar el seguimiento de estos pacientes después de la cirugía curativa ya que tras esta ocurren el 60-80% de las recurrencias.
4. El riesgo de recurrencia es proporcional al estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Los estadios II y III son los que más se benefician de un programa de vigilancia estándar. La intensidad de la vigilancia debe ser proporcional al riesgo de recurrencia del paciente.
5. Se debe individualizar el seguimiento, basado en el análisis de estos factores de riesgo, en la experiencia clínica, el estado general de salud del paciente, en su disposición a someterse a pruebas y en la capacidad de repetir un tratamiento agresivo si la recurrencia se presenta.

BIBLIOGRAFÍA:

1. WHO.int. España: Organización mundial de la salud; Available at: www.who.org.
2. SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2014. Available at: www.seom.org.
3. Instituto navarro de estadística. Defunciones según causa de muerte. Datos definitivos del periodo 2010-2012.
4. Actualización Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Política Social. Sanidad 2010.
5. Plan Navarro de Salud 2006-2012. Available at : www.navarra.es .
6. Ramírez Rodríguez, JM. Aguilera-Diago, V. Recidiva local en el cáncer de colon y recto Sección de Coloproctología. Servicio de Cirugía B. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España
7. Aragón R, Mediavilla ME, Delgado E, González MP, Pérez J, Ballesteros AM, et al. ¿Es efectiva la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada? . León: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; 2009.
8. Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Montoya IA, Ibáñez Gil E, y cols. Efecto de la intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras. Biblioteca Lascasas, 2008.
9. Enseñat P, Cegri F. Atención al paciente complejo en el domicilio. 2009:27-30. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1729/27/00270030_LR.Pdf
10. Gobierno de Navarra. Departamento de salud. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial de atención primaria.
11. Castells X, Mercadé L, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. En: Informe Sespas 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, España. Disponible en http://www.sespas.es/ind_lib06.html
12. Ethridge, P, Lamb, G. Professional nursing case management improves quality, access and cost. Nursing Case Management; 1989. p. 30-47
13. Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management 2002.

-
14. Teixidor M (1997). La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer. En el Alzheimer un reto para la enfermería. Fundación La Caixa. Barcelona 2005.
 15. Bower K. Case Management. Máster Administració I Gestió en infermeria. E.U.I. Sta Madrona.Barcelona 2008.
 16. Leyva-Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. Rev Rol enfferm 2008;31 (4):259-64.
 17. Dirección General de Asistencia Sanitaria; Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud, Programa Pilotaje 2010.
 18. Servicio Canario de la Salud y el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de Tenerife. El servicio de continuidad de cuidados para la atención domiciliaria.2011.
 19. Álvarez M, Gallardo P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: La enfermera de enlace. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):313-322.
 20. Medicare Payment Advisory Comisión. Report to Congreso: Promotin Greater Efficiency in Medicare. Washinton: Medicare Paymene Advisory Comision .Junio 2007.Disponible en www.medpac.gov/documents/jun07.
 21. García Fernández FP, Carrascosa García MI, Rodríguez Torres MC, Gila Selas C, Laguna Parra JM, Cruz Lendínez AJ. Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarios sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos. 2009;20(4):152-158
 22. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Revisado Noviembre 2006.
 23. Ortiz, Hurtado. H et al. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Colorrectal. Segunda edición ed. Madrid: ARÁN; 2012.
 24. Protocolo clínico del cáncer de recto. Hospital Donostia. Osakidetza / servicio vasco de salud.
 25. Instituto Nacional del Cáncer. Información general del Cáncer de colon.
 - 26.Nadia Hindi Muñiz, Ángela Lamarca Lete , Jaime Feliú Batlle , Hereditary colorectal cáncer. Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

-
27. Abel ME, Rosen L, Kodner IJ, Fleshman JW, Hicks T, Kennedy HI et al. Task Force, American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma. Supporting documentation. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 991-1006.
28. Anthony T, Simmang C, Hyman N, Buie D, Kim D, Cataldo P, et al. Practice parameters for the surveillance and follow-up of patients with colon and rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2004;47(6):807-17.).
29. Indicadores Sociales . Instituto Nacional de Estadística. Madrid, España. Disponible en www.ine.es
30. Castaño Barroeta,C. Cossent ,Aguinaco L. Martínez, Alonso C.El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo en salud pública. Unidad Geriátrica. Hospital de la Cruz Roja Española. Gijón.
31. García Fernández FP, Carrascosa García MI, Rodríguez Torres MC, Gila Selas C, Laguna Parra JM, Cruz Lendínez AJ. Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarios sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. *Gerokomos*. 2009;20(4):152-158.
32. Protocolo cáncer colorrectal Hospital Universitario Reina Sofia. Subcomisión clínica de tumores digestivos. Junio 2013.
33. Renehan AG, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer ST. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Bmj* 2002;324(7341):813)
34. Stiggelbout AM, de Haes JC, Vree R, van de Velde CJ, Bruijninx CM, van Groningen K, et al. Follow-up of colorectal cancer patients: quality of life and attitudes towards follow-up. *Br J Cancer* 1997;75(6):914-20.
35. Kjeldsen BJ, Thorsen H, Whalley D, Kronborg O. Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer. *Scand J Gastroenterol* 1999;34(5):509-15.
36. López C, Montiel M, Rojo J (1995). Gestión de Casos. Desarrollo de un nuevo modelo organizativo. *Revista ROL de Enfermería*, 202, 53-58.
37. Monràs P, Nogueras A (1997). Reingeniería de procesos. *Revista ROL de Enfermería*, 221, 19-26.
38. Generalitat de Catalunya (2001). Catalunya Demà.I Jornades de debat octubre 1997/maig1998.II Jornades de debat setiembre2000/junio2001. Barcelona

ANEXOS:

Anexo I:

Sistema TNM:

El sistema TNM describe tres piezas clave de información:

- La “T” describe cuán lejos el tumor primario ha crecido hacia la pared del intestino y si ha crecido hacia las áreas adyacentes.
- La “N” describe la extensión de la propagación a los ganglios o nódulos linfáticos adyacentes (regionales). Los ganglios linfáticos son pequeños grupos, en forma de frijol, de células del sistema inmunológico muy importantes en la lucha contra las infecciones.
- La “M” indica si el cáncer se ha propagado (ha producido metástasis) a otros órganos del cuerpo. (El cáncer colorrectal se puede propagar a casi cualquier parte del cuerpo, pero los lugares más comunes de propagación son el hígado y los pulmones).

Los números o las letras que aparecen después de la T, N y M proveen más detalles acerca de cada uno de estos factores. Los números del 0 a 4 indican la gravedad en forma creciente.

Categorías T de cáncer colorrectal:

Las categorías T de cáncer colorrectal describen la extensión de la propagación a través de las capas que forman la pared del colon y del recto. Estas capas, de la interior a la exterior, incluyen:

- El revestimiento interno (mucosa).
- Una capa muscular delgada
- El tejido fibroso que se encuentra debajo de esta capa muscular (submucosa).
- Una capa gruesa de músculo que se contrae para forzar el movimiento del contenido de los intestinos.
- La capa delgada más externa de tejido conectivo (la subserosa y la serosa) que cubre la mayor parte del colon, pero no el recto.

Tx: no es posible proveer una descripción de la extensión del tumor debido a que se cuenta con información incompleta.

Tis: el cáncer se encuentra en su etapa más temprana (in situ). Sólo afecta la mucosa. No ha crecido más allá de la capa muscular interna.

T1: el cáncer ha crecido a través de la muscularis mucosae y se extiende hasta la submucosa.

T2: el cáncer ha crecido a través de la submucosa y se extiende hasta la muscularis propia (capa muscular gruesa más externa).

T3: el cáncer ha crecido a través de la muscularis propia y hacia las capas más externas del colon o el recto, pero no a través de ellas. No ha alcanzado ningún tejido ni órgano adyacente.

T4a: el cáncer ha crecido a través de la serosa (también conocida como peritoneo visceral), el revestimiento más externo de los intestinos.

T4b: el cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o invade a los tejidos u órganos adyacentes.

Categorías N de cáncer colorrectal:

Las categorías N indican si el cáncer se ha propagado o no hasta los ganglios linfáticos cercanos y, si lo ha hecho, cuántos ganglios linfáticos están afectados. Para obtener una idea precisa sobre cuánto se han afectado los ganglios linfáticos, la mayoría de los médicos recomiendan que se remuevan al menos 12 ganglios linfáticos durante la cirugía y se examinen con un microscopio.

Nx: no es posible proveer una descripción de cómo se han afectado los ganglios linfáticos debido a que se cuenta con información incompleta.

N0: no hay cáncer en los ganglios linfáticos adyacentes.

N1: se encuentran células cancerosas en o cerca de uno a tres ganglios linfáticos adyacentes.

- N1a: se encuentran células cancerosas en un ganglio linfático adyacente.
- N1b: se encuentran células cancerosas en dos a tres ganglios linfáticos adyacentes.
- N1c: se encuentran pequeños depósitos de células cancerosas en áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos, pero no en los ganglios linfáticos en sí.

N2: se encuentran células cancerosas en cuatro o más ganglios linfáticos adyacentes.

- N2a: se encuentran células cancerosas en de cuatro a seis ganglios linfáticos adyacentes.
- N2b: se encuentran células cancerosas en siete o más ganglios linfáticos adyacentes.

Categorías M de cáncer colorrectal:

Las categorías M indican si el cáncer se ha propagado a órganos distantes, como por ejemplo el hígado, los pulmones o los ganglios linfáticos distantes.

M0: no hay propagación distante.

M1a: el cáncer se propagó a un órgano distante o a un grupo de ganglios linfáticos distantes.

M1b: el cáncer se propagó a más de un órgano distante o a un grupo de ganglios linfáticos distantes, o se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal).

Una vez que se han determinado las categorías T, N y M, de una persona, usualmente después de la cirugía, esta información se combina en un proceso llamado agrupamiento por etapas.

Etapa 0

- Tis, N0, M0: el cáncer se encuentra en su etapa más temprana. No ha crecido más allá de la capa interna (mucosa) del colon o del recto. Esta etapa también se conoce como carcinoma in situ o carcinoma intramucoso.

Etapa I

- T1-T2, N0, M0: el cáncer ha crecido a través de la *muscularis mucosae* hasta la submucosa (T1) o también es posible que haya crecido hasta la muscularis propia (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes ni a áreas distantes.

Etapa IIA

- T3, N0, M0: el cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto, pero no ha atravesado estas capas (T3). No ha alcanzado órganos adyacentes. Todavía no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a otras partes distantes del cuerpo.

Etapa IIB

- T4a, N0, M0: el cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto, pero no ha crecido hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4a). Todavía no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a otras partes distantes del cuerpo.

Etapa IIC

- T4b, N0, M0: el cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). Todavía no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a otras partes distantes del cuerpo.

Etapa IIIA

Se aplica en uno de los siguientes casos.

- T1-T2, N1, M0: el cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) y también es posible que haya crecido hasta la muscularis propia (T2). Se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos cercanos (N1a/N1b) o hacia áreas de grasa cercadas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a partes distantes.

-
- T1, N2a, M0: el cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1). Se propagó a entre cuatro y seis ganglios linfáticos cercanos (N2a). No se ha propagado a partes distantes.

Etapa IIIB

Se aplica en uno de los siguientes casos.

- T3-T4a, N1, M0: el cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos cercanos (N1a/N1b) o hacia áreas de grasa cercadas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a partes distantes.
- T2-T3, N2a, M0: el cáncer ha crecido hacia la muscularis propia (T2) o hacia las capas más externas del colon o el recto (T3). Se propagó a entre cuatro y seis ganglios linfáticos cercanos (N2a). No se ha propagado a partes distantes.
- T1-T2, N2b, M0: el cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) o también es posible que haya crecido hasta la muscularis propia (T2). Se propagó a siete o más ganglios linfáticos cercanos (N2b). No se ha propagado a partes distantes.

Etapa IIIC

Se aplica en uno de los siguientes casos.

- T4a, N2a, M0: el cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto (incluyendo el peritoneo visceral), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes (T4a). Se propagó a entre cuatro y seis ganglios linfáticos cercanos (N2a). No se ha propagado a partes distantes.
- T3-T4a, N2b, M0: el cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a siete o más ganglios linfáticos cercanos (N2b). No se ha propagado a partes distantes.
- T4b, N1-N2, M0: el cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). Se propagó por lo menos a un ganglio linfático cercano o hacia áreas de grasa cercadas a los ganglios linfáticos (N1 o N2). No se ha propagado a partes distantes.

Etapa IVA

Cualquier T, cualquier N, M1a: el cáncer puede o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto, y puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. Se propagó a un órgano distante (tal como los pulmones o el hígado) o a un grupo de ganglios linfáticos (M1a).

Etapa IVB

Cualquier T, cualquier N, M1b: el cáncer puede o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto, y puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. El cáncer se propagó a más de un órgano distante (tal como el hígado o los pulmones) o a un grupo de ganglios linfáticos, o se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1b).

Clasificación TNM				
- <i>Tumor primario</i>				
Tis Intraepitelial o invasión de la lámina propia (intramucoso)				
T1 Invasión de la submucosa				
T2 Invasión de la muscular propia, sin sobrepasarla				
T3 Invasión de la serosa o grasa pericólica				
T4 Invasión de órganos adyacentes y/o cavidad peritoneal				
- <i>Afectación ganglionar</i>				
N0 Ausencia				
N1 Afectación de 1-3 ganglios				
N2 Afectación de 4 o más ganglios				
- <i>Metástasis a distancia</i>				
M0 Ausencia				
M1 Presencia				
Estadios	Supervivencia a 5 años			
Estadio 0	Tis	N0	M0	95-100%
Estadio I	T1-2	N0	M0	80-90%
Estadio II	T3-4	N0	M0	50-75%
Estadio III	T1-4	N1-2	M0	25-45%
Estadio IV	T1-4	N0-2	M1	< 5%

Tis: carcinoma in situ.

Tabla: Clasificación y pronóstico. Andreu M, Marzo M, Mascort J, et al en representación de la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España. Prevención cáncer colorectal. Gastroenterol Hepatol.2009;32:137-9.

ANEXO II:

Radicalidad:

Símbolo	Nombre	Definición
R0	No residuo	No tumor en márgenes quirúrgicos
R1	Residuo microscópico	
R2	Residuo Macroscópico	Tumor residual visible o palpable

ANEXOIII:

Seguimiento realizado a pacientes con cáncer colorrectal en el Complejo Hospitalario de Navarra:

Seguimiento de pacientes sin adyuvancia ni neoadyuvancia (BAJO RIESGO)

	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
CEA		X		X		X		X		X		X		X
TAC*				X				X		X				
Colonoscopia		X**		X***								X		
		CIR		CIR		CIR		CIR		CIR		CIR		CIR

*TAC abdominal, y en cáncer de recto además pélvico.

** colonoscopia antes 6 meses si ha sido incompleta o no se ha hecho ColoTAC preoperatorio.

*** si en la colonoscopia del año se encuentran pólipos repetir al año; si normal hacer otra a los 3 años (4 años de la cirugía) y después control por S.Digestivo

Seguimiento cáncer colorrectal con neoadyuvancia y/o adyuvancia (INTENSIVO):

Pacientes con adyuvancia

	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
CEA		X		X		X		X	X	X	X	X	X	X
TAC				X				X		X***		X		X
Colonoscopia		X*		X**								X		X
	CC	OM		CC		OM		CC	OM	CC	OM	CC	OM	CC

*Colonoscopia antes 6 meses si ha sido incompleta.

** Si en la colonoscopia del año se encuentran pólipos repetir al año; si normal hacer otra a los 3 años (4 años de la cirugía) y después control por S.Digestivo.

*** individualizar según riesgo, edad. OM: Oncología médica. CC:Cirugía Colorrectal.

Cáncer de recto con neoadyuvancia

	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60
CEA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TAC				X				X		X***		X		X
Colonoscopia		X*		X**								X		X
	OM	OR	OM	CC	OM	OR	OM	CC	OR	CC	OM	CC	OR	CC

*Colonoscopia antes 6 meses si ha sido incompleta.

** Si en la colonoscopia del año se encuentran pólipos repetir al año; si normal hacer otra a los 3 años (4 años de la cirugía) y después control por S.Digestivo.

*** individualizar según riesgo, edad. OM: Oncología médica. CC:Cirugía Colorrectal.