



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
“CÁNCER DE RECTO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Albán Escobar, Rafael Alejandro

Tutora: Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis

Ambato – Ecuador

Enero, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“CÁNCER DE RECTO” de Rafael Alejandro Albán Escobar, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2015

EL TUTOR

.....

Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**CÁNCER DE RECTO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Octubre del 2015

EL AUTOR

.....

Albán Escobar, Rafael Alejandro

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga ninguna ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Octubre del 2015

EL AUTOR

.....

Albán Escobar, Rafael Alejandro

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“CÁNCER DE RECTO”**, de Rafael Alejandro Albán Escobar, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Enero del 2016

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

.....

.....

.....

DEDICATORIA

A Dios padre todopoderoso por haber permitido que no decaiga en el intento de seguir adelante pese a los obstáculos que se presentaron en la vida. A mi madre por todo el amor, el cariño y gran esfuerzo de cada día, que supo encaminarme en mis estudios y apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida. A mis familiares en especial a mi abuelita y mis tíos quienes siempre me mostraron su apoyo y gran colaboración. A mis amigos con quienes he compartido difíciles momentos y a la vez gratos recuerdos, siempre demostrándome su cariño y gran amistad. A todas y cada una de esas personas que Dios puso en mi camino y que me extendieron su mano generosa para superar todas las dificultades hasta alcanzar el objetivo propuesto en mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por darme la oportunidad de seguir cumpliendo la misión de mi vida. A mis padres, por su apoyo, confianza y sacrificio incondicional. Por ser la luz que brilla y me motiva a superarme día a día, por su amor, por su apoyo económico y por sus consejos que son la brújula que orientan mi vida.

A mi madre, que con su esfuerzo constante fue el referente para continuar mi meta. A mis docentes a todos que fueron parte de este largo aprendizaje. A mis amigos gracias por estar siempre en los buenos y malos momentos más difíciles. A la Universidad Técnica de Ambato a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y de esta manera permitirme cumplir mi anhelo de servir a la sociedad. Un agradecimiento especial a mi tutor Dr. Marco Navarrete, por la transferencia de sus conocimientos y quien fue mi apoyo durante el desarrollo en este Caso Clínico.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	4
3.1. Descripción de las fuentes de información.....	4
4. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	5
4.1. Datos de Identificación del Paciente	5
4.2. Historia Pasada Patológica	5
4.3. Historia Pasada No Patológica	5
4.4. Revisión de Aparatos y Sistemas	6
4.5. Motivo de Consulta	6
4.6. Enfermedad Actual	6
4.7. Examen Físico	6
4.8. Exámenes Complementarios	8
4.9. Evoluciones	10
4.10. Agrupación por problemas.....	13
4.11. Análisis del Problema	14
4.12. Análisis del Caso Clínico.....	14
4.13. Descripción de Factores de Riesgo	24
4.13.1. Factores de riesgo personales	24
4.13.2. Factores dietéticos	24
4.13.3. Factores que se relacionan con los servicios de salud.....	25

4.13.3.1.	Oportunidades en la solicitud de la consulta médica.....	25
4.13.3.2.	Acceso a la atención médica.....	25
4.13.3.3.	Oportunidades en la atención de salud	25
4.13.3.4.	Características de la atención.....	25
4.13.3.5.	Oportunidades en la remisión	26
5.	IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	26
6.	CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	28
7.	CONCLUSIONES	30
8.	LINKOGRAFÍA	31
9.	ANEXOS.....	34

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“CÁNCER DE RECTO.”

Autor: Albán Escobar, Rafael Alejandro

Tutor: Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis

Fecha: Octubre del 2015

RESUMEN

El Cáncer de Recto es un proceso multietapa, caracterizado por la acumulación de eventos moleculares que marcan la progresión de adenoma a carcinoma, que se encuentra ubicado entre el margen anal y los 15 cm hacia proximal; afectando tanto a hombres como a mujeres casi en igual proporción.

Se describe el caso de una paciente femenina de 60 años de edad que acude a Hospital Básico de Salcedo, por presentar desde hace 2 meses dolor de moderada intensidad localizado a nivel de región anal, el cual aumenta durante las deposiciones; además de referir rectorragia de igual tiempo de evolución. Dicha sintomatología se exacerba durante la última semana, por lo cual deciden transferirla a consulta externa de Coloproctología del Hospital General Docente Ambato donde es valorada y se decide su ingreso para su estudio y posterior tratamiento quirúrgico. Durante su permanencia en esta casa de salud es sometida a procedimientos quirúrgicos donde surgen ciertas complicaciones postquirúrgicas manejadas de manera adecuada, con mejoría del estado de salud y posterior a esto se decide su alta para manejo por consulta externa. Se destaca los diagnósticos diferenciales; su manejo y falencias que se presentaron antes y después de su diagnóstico definitivo, así como la de establecer un protocolo clínico-terapéutico para detección temprana y oportuna del Cáncer de Recto.

PALABRAS CLAVES: ADENOCARCINOMA, RECTO, COLORECTAL, ESTADIFICACIÓN, TRATAMIENTO NEOADYUVANTE, RESECCIÓN TOTAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE
“RECTAL CANCER”

Author: Albán Escobar, Rafael Alejandro

Tutor: Dr. Navarrete Álvarez, Marco Luis

Date: October 2015

SUMMARY

Rectal cancer is a multi-stage process, characterized by the accumulation of molecular events that mark the progression of adenoma to carcinoma, which is located between the anal margin and the 15 cm proximal; affecting both men and women almost in equal proportion.

Describes the case of a female patient of 60 year old who attends basic Hospital of Salcedo, by 2 months ago moderate pain anal region, which increases during bowel movements; In addition to refer same time evolution rectorragia. Such symptomatology is exacerbated during the last week, so it decided to transfer to external consultation of Coloproctology of the Hospital General teacher Ambato where is valued and decides its income for its study and surgical treatment. During his stay in this House of health it is subjected to surgical procedures where certain post-operative complications, which are handled properly, with improvement in health status arise and this decided its high handling for external consultation. Stands out the differential diagnosis; their management and flaws which arose before and after his diagnosis, as well as the establish a clinical-therapeutic Protocol for early and timely detection of rectal cancer.

KEY WORDS: ADENOCARCINOMA, RECTAL, COLORECTAL, STAGING, NEOADJUVANT TRATAMIENTO, TOTAL RESECTION.

1. INTRODUCCIÓN

Para comprender los aspectos relevantes implicados en el caso clínico se debe hacer atención a ciertos puntos que nos guíen a lo largo de este documento:

El Cáncer de Recto es un proceso multietapa, caracterizado por la acumulación de eventos moleculares que marcan la progresión de adenoma a carcinoma [4].

La primera dificultad es definir el concepto de Cáncer de Recto, ya que existen variadas definiciones en las que aún no existe consenso entre los especialistas. Desde el punto de vista anatómico se define como el tumor ubicado entre el margen anal y los 15 cm hacia proximal. En el Cáncer de Recto, una precisa estadificación preoperatoria permite clasificar correctamente a los pacientes para las diversas terapias existentes, así como seleccionar el mejor tratamiento quirúrgico [12].

El Cáncer de Recto tiene en común con el Cáncer de Colon los factores etiológicos, las técnicas de diagnóstico, la anatomía patológica, la biología molecular, las estrategias preventivas y el tratamiento de la enfermedad metastásica [14].

El Cáncer de Recto se ha constituido en una de las neoplasias más frecuentes a escala mundial, afecta tanto a hombres como a mujeres. Su incidencia es de 1 millón 200 mil casos nuevos al año y su mortalidad de más de 500 mil decesos anuales. En España, se estiman en 25.000 los casos nuevos y en 13.000 las muertes por Cáncer de Recto al año [10].

En el Ecuador (población: 16'022.013 habitantes), el cáncer está entre las diez principales causas de muerte. La tasa de incidencia estandarizada por edad del Cáncer de Recto en hombres es de 10 y en mujeres de 11.3 por 100.000 habitantes [5]. De acuerdo al Registro Nacional de Tumores, se determinó como el segundo tumor digestivo más frecuente en el Ecuador, localizándose en el sexto lugar en mujeres y en el quinto lugar en varones con una incidencia en incremento, en donde las ciudades de Quito y Loja duplican a la de otras localidades del país [8].

La sintomatología del Cáncer de Recto dependerá del tiempo de evolución y de su localización. Habitualmente el cuadro comienza con rectorragia intermitente y mucosidad que con el tiempo se acompaña de irregularidad y en oportunidades de dolor evacuatorio [4].

En un paciente con Cáncer de Recto la herramienta clínica de mayor utilidad pronóstica es la estadificación de la enfermedad, que se obtiene aplicando técnicas de imagen convencionales y estudiando la pieza quirúrgica. El pronóstico del Cáncer de Recto está relacionado con el grado de penetración del tumor y la presencia o ausencia de metástasis ganglionares, por lo que la clasificación precisa puede influir en la terapia empleada para cada paciente [12].

Es esencial identificar los factores de riesgo de Cáncer de Recto para establecer programas de detección y vigilancia en poblaciones seleccionadas de forma apropiada [10].

El pilar del tratamiento es la cirugía, el cual se basa en la comprensión de la anatomía y de los mecanismos de la diseminación. Se debe efectuar una resección con longitudes adecuadas proximal y distal del cáncer y debe incluir el drenaje linfático principal en el mesenterio [13].

Para conocer los aspectos clínicos, el abordaje y el pronóstico de los pacientes con Cáncer de Recto, en base a la experiencia clínica se muestra el manejo de un paciente diagnosticado con dicha patología.

Se describe la historia clínica de una paciente de 60 años diagnosticada de Cáncer de Recto, que tuvo que ser intervenida quirúrgicamente, la cual posterior a esto presenta ciertas complicaciones que fueron sobrellevadas con posterior mejoría.

La utilidad del presente caso clínico radica en el diagnóstico temprano del Cáncer de Recto; y en la necesidad de exponer oportunidades de mejora que, a criterio del autor además de evidencia científica, pueden ser importantes y recomendables para mejorar el manejo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Proponer un protocolo clínico basado en el análisis del Caso Clínico que nos ayude al diagnóstico oportuno y nos permita una valoración más eficiente y eficaz en el manejo del Cáncer de Recto, para minimizar las complicaciones asociadas a esta patología.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo que predisponen al paciente al padecimiento de Cáncer de Recto.
- Determinar si existen protocolos y guías estandarizadas sobre Cáncer de Recto, dentro de nuestras unidades de salud que permita un diagnóstico oportuno.
- Determinar si en cada nivel de salud se realiza una detección oportuna de Cáncer de Recto.
- Analizar desde el punto de vista biopsicosocial, cómo esta enfermedad influye en la vida del paciente.
- Conocer el tratamiento de esta patología en nuestro sistema de salud y la eficiencia que este tiene.

3. RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1. Descripción de las fuentes de información

La realización del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia Clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, tiempos de permanencia en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención, identificación de puntos críticos, así como sus oportunidades de mejora después de su egreso hospitalario.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión, ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objetivo de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual. La guía clínica utilizada en la cual se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones fueron de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST, del año 2013 **Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto de la Sociedad Chilena de Coloproctología, del año 2012**, ya que en nuestro país no existen guías clínicas propias acerca del manejo de este tipo de pacientes.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista a paciente, con el objetivo de determinar las condiciones de ingreso, tiempos de atención, calidad y rapidez en la realización de solicitudes, acceso a las distintas unidades de salud y oportunidades de mejora después de su egreso, en la que se obtuvo información acerca de su cumplimiento farmacológico y cambios en su estilo de vida, así como sus posibilidades de mejora.

4. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

4.1. Datos de Identificación del Paciente

Edad: 60 años.

Sexo: femenino

Estado civil: Casada

Instrucción: Ninguna

Ocupación: Quehaceres domésticos

Etnia: mestiza

Lugar de nacimiento: Ambato

Residencia actual: Cotopaxi – Centro de Salcedo (Parroquia urbana)

Fecha de nacimiento: 08/06/1955

Grupo sanguíneo: O Rh Positivo.

Fuente de información: Directa (Paciente)

Fecha de ingreso: 31/03/2015.

Fecha de egreso: 05 /05/2015.

4.2. Historia Pasada Patológica

Antecedentes Familiares: no refiere.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes quirúrgicos: Colectomía hace 1 año por coledocolitiasis

Antecedentes Gineco-obstétricos: Menarquía 13 años; Menopausia: 40 años;

Gestas: 5; Partos: 4; Aborto: 1; Cesáreas: 0; hijos vivos: 4.

4.3. Historia Pasada No Patológica

- **Alimentación:** 3 v/d, comidas ricas en carbohidratos y grasas.
- **Micción:** 3 -5 v/d
- **Defecación:** 3 v/a la semana
- **Sueño:** 7 h/d
- **Alcohol:** no consume.
- **Tabaquismo:** no consume.
- **Alergias:** no refiere

4.4. Revisión de Aparatos y Sistemas

Pérdida de peso: Hace 2 años, aproximadamente 20 kg.

Acintamiento de las heces: Desde hace 8 meses.

Estreñimiento de instauración reciente: Desde hace 1 mes.

Tenesmo rectal: Desde hace 8 meses.

4.5. Motivo de Consulta

- *Problema 1: Dolor de región anal.*
- *Problema 2: Rectorragia.*

4.6. Enfermedad Actual

Acude por consulta externa al servicio de Coloproctología del Hospital Provincial Docente Ambato, el mes de Marzo de 2015 por presentar desde hace 2 meses dolor de moderada intensidad localizado a nivel de región anal, el cual aumenta durante las deposiciones; además refiere rectorragia de igual tiempo de evolución, por lo que decide acudir a Hospital Básico de Salcedo donde es valorada y deciden remitirla al servicio de Coloproctología del Hospital General Docente Ambato, la cual es valorada y posterior a la realización de exámenes complementarios se decide su ingreso para estudio y tratamiento quirúrgico programado.

4.7. Examen Físico

Tabla 1.- Medidas antropométricas y Signos vitales al ingreso:

Peso:	48 kg.
Talla:	1.62 m.
IMC:	18.32 kg/m ²

Tensión Arterial	110/70 mm/Hg
Frecuencia Cardíaca	68 lpm
Frecuencia Respiratoria	20 rpm
Temperatura	36,7 °C
Saturación de oxígeno	92%

Inspección general:

Paciente de sexo femenino cuya edad aparente concuerda con la real, estado nutricional regular, consciente, orientada, marcha normal, movimientos corporales espontáneos.

Piel y faneras: Coloración pálida, no cianótica, húmeda, sensibilidad normal, temperatura normal.

Pelo: acorde con edad y sexo.

Cabeza: Forma normal del cráneo, implantación del pelo normal.

Ojos: Agudeza visual: disminuida, presencia de pterigion en ojo izquierdo. pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, acomodamiento.

Conjuntivas: Pálidas.

Oídos: Agudeza auditiva disminuida. Conductos auditivos externos y membranas timpánicas, integra, coloración normal, no congestión, abombamientos o retracciones, sin presencia de secreciones o cuerpo extraño.

Nariz: Mucosas húmedas, desviación del tabique hacia la derecha.

Boca y Faringe: Labios húmedos sin lesiones, faringe normal.

Dientes: Higiene regular y número de piezas dentales incompletas,

Cuello: Correcta posición de la tráquea, tiroides grado: 0 A, no nodulaciones ni masas palpables.

Tórax: Movimientos conservados, respiración normal, ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, R1 y R2 presentes, no presencia de soplos ni arritmias.

Abdomen: Se observa cicatriz de aproximadamente 4 cm localizado en hipocondrio derecho, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, poco doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda e hipogastrio, no se palpa visceromegalias.

Extremidades: Presencia de nódulos de Bouchard y Heberden, articulación de rodilla derecha dolorosa al movimiento activo.

Genitales: Femeninos de múltipara, no se palpan hernias.

Región ano rectal: a la inspección no se observa lesiones, masas, fisuras anales ni prolapsos rectales. Tacto rectal: esfínter hipertónico, se palpa masa tumoral irregular, dura, fija y sangrante que ocupa toda la circunferencia del recto que se encuentra localizado aproximadamente a 6 centímetros del margen anal.

Vascular periférico: Características normales del pulso, no cambios de coloración de la piel, llenado capilar 2 segundos

Neurológico: Paciente consciente, orientado en tiempo lugar y persona, vigil, memoria conservada, no irritable, lenguaje comprensible, Glasgow: 15/15 ocular: 4 motor: 6 verbal: 5

4.8. Exámenes Complementarios

Tabla 2.- Biometría Hemática: (01/04/2015). Normal.

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Leucocitos	7.020 uL	4.000–10.000 uL
Neutrófilos	60.8%	50–70 %
Hemoglobina	14,6 g/dl.	11–16 g/dl.
Hematocrito	42,6 %	37-54 %
Plaquetas	242.000 uL	150.000-450.000 uL

Tabla 3.- Química Sanguínea: (01/04/2015).

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Glucosa Basal	92.1 mg/dl	70-100 mg/dl
Urea	55.3 mg/dl	16,6-48,5 mg/dl
Creatinina	1,12 mg/dl	0,70-1,20 mg/dl
Ácido Úrico	7,0 mg/dl	3,4-7,0 mg/dl
Colesterol	221,7 mg/dl	0-200 mg/dl
Triglicéridos	105,6 mg/dl	107-143 mg/dl
Bilirrubina Directa	0,278 mg/dl	0-0,30 mg/dl
Amilasa	77 U/L	28-100 U/L
Lipasa	38,7 U/L	13-60 U/L
TGO	17,3 U/L	0-40 U/L
TGP	23,8 U/L	0-41 U/L

Dentro de la analítica de la Química Sanguínea se observa un aumento de los valores de Colesterol lo que denota el tipo de dieta de la paciente, la cual repercute como un factor de riesgo.

- **Colonoscopia:** (19/03/2015). Se introduce equipo flexible y se observa lesión tumoral sangrante de aproximadamente 7 centímetros del borde anal que ocupa el 90% de la circunferencia rectal, friable, sangrante y mamelonada. Se toma muestra para biopsia.
- **Biopsia de mucosa rectal:** (31/03/2015). muestra compatible con carcinoma infiltrante de recto. No es posible descartar que el origen de tumor primario sea cuello uterino o vejiga.
- **Eco Abdominal:** (07/04/2015). Hígado ecogénico, paciente colecistectomizado, colédoco de 4 mm, riñones con leve ectasia focalizada en cálices, Bazo de aspecto normal, Páncreas eco génico, No líquido libre en cavidad abdominal.

- **Radiografía estándar de Tórax:** (01/04/2015). Reporte normal.

4.9. Evoluciones

La paciente ingresa el 31/07/2015 con las siguientes indicaciones:

1. Dieta Líquida Amplia.
2. Control de Signos Vitales
3. Lactato Ringer 1000cc por vía intravenosa C/24H.
4. Ketorolaco 60 mg por vía intravenosa C/8H.
5. Metronidazol 500 mg por vía intravenosa C/8H.
6. Ecografía Abdominal.

Durante el transcurso de su hospitalización se pudieron evidenciar importantes variaciones en el estado clínico de la paciente, por lo que se relata de manera concreta los aspectos más importantes del mismo, y el manejo dado por el personal médico del Hospital.

La evolución a sus 24 horas de hospitalización, la paciente presenta vomito por 5 ocasiones de moderada cantidad, dolor de leve intensidad a nivel de región anal que se acompaña de prurito intenso, por lo que se añade a las indicaciones de ingreso Omeprazol 40 mg intravenoso c/24h y Metoclopramida 10 mg cada que se presente vómitos. Se decide interconsultar al área de Ginecología y Obstetricia para descartar patología uterina en concordancia con carcinoma rectal.

En la evolución de las 48 horas la paciente se mantiene con dolor leve en región anal y se le realiza la valoración ginecológica donde se reporta un cuello uterino en antero versión e indurado.

Durante el tercer, cuarto y quinto día de estadía en cirugía, la paciente presenta rectorragia en poca cantidad que precede a la deposición, por lo cual se realiza hemograma donde se observa valores normales. Al examen físico paciente se presenta hemodinámicamente estable.

Al sexto, séptimo y octavo día paciente refiere haber realizado deposiciones diarreicas en un promedio de 3 al día que se caracterizan por ser fétidas y de color amarillento, por lo que se decide realizar examen coprológico más sangre oculta,

que reporta: Quiste de ameba histolítica y sangre oculta en heces positiva. Se mantiene mismas indicaciones.

El noveno día se prepara a la paciente para cirugía a realizarse el día siguiente con dieta líquida hasta las 18 horas para luego proceder a NPO, preparación intestinal con Polietilenglicol a las 18 y 22 horas y enemas evacuantes. Durante la noche la paciente refiere haber realizado una deposición que presentaba sangre rojo rutilante.

Paciente es intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de Cáncer de Recto el día décimo de su hospitalización a las 9 horas con 20 minutos. Según el Protocolo Operatorio el día 11 de Abril del 2015, se le realiza una resección abdominoperineal (Operación de Miles) en el cual se explora recto y se encuentra un tumor en recto que ocupa todo el canal y se evidencia infiltración de pared posterior de vagina, sin adenopatía presentes. Luego de 4 horas de cirugía se logra extraer tumor, se realiza colostomía tipo Hartmann y se procede a cerrar por planos pared abdominal con un sangrado de aproximadamente 500 cc.

En el postquirúrgico se realiza control hematológico con valores de hemoglobina de 11.5 g/dl por lo que se administra paquetes globulares y paquete de plasma fresco congelado. El hemograma realizado después de la intervención quirúrgica a las 11:05 a.m. nos muestra:

Tabla 4.- Biometría Hemática (11/04/2015).

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Leucocitos	9.031 uL	4.000–10.000 uL
Neutrófilos	70.3%	50–70 %
Hemoglobina	11,5 g/dl.	11–16 g/dl.
Hematocrito	32,1 %	37-54 %
Plaquetas	196.000 uL	150.000-450.000 uL

A las 4 de la tarde se observa vendaje rectal manchado con 500cc de sangrado y se decide realizar nuevo hemograma a las 15:36 p.m. que muestra:

Tabla 5.- Biometría Hemática (11/04/2015).

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Leucocitos	8.880 uL	4.000–10.000 uL
Neutrófilos	76.6%	50–70 %
Hemoglobina	7,1 g/dl.	11–16 g/dl.
Hematocrito	21,8 %	37-54 %
Plaquetas	101.000 uL	150.000-450.000 uL

El análisis de hemograma demuestra una pérdida aguda de sangre por lo cual se decide re intervenir por vía perineal y se encuentra un sangrado de pared posterior de vagina. De acuerdo a Protocolo Quirúrgico se procede a realizar sutura de pared y electrocoagulación de la misma. Se realiza hemostasia, se controla sangrado y se realiza empaquetamiento con 6 compresas empapadas de yodo y se coloca compresión en región perineal.

Debido a la reintervención la paciente permanece en el área de cuidados intensivos por 24 horas apoyada con Dopamina, durante este tiempo no presenta sangrado y el apósito se encuentra manchado con líquido serohemático. La herida quirúrgica se encuentra húmeda y una colostomía permeable. La paciente refiere dolor en fosa ilíaca izquierda de moderada intensidad.

Durante el día 13 de hospitalización se indica vía oral preferentemente líquidos y se evidencia una colostomía funcional y una herida quirúrgica húmeda sin signos de infección y se decide realizar Hemograma el día 14 de Abril del 2015 que reporta:

Tabla 6.- Biometría Hemática (14/04/2015).

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Leucocitos	6.640 uL	4.000–10.000 uL
Neutrófilos	81,6%	50–70 %
Hemoglobina	8,3 g/dl.	11–16 g/dl.
Hematocrito	23,5 %	37-54 %
Plaquetas	101.000 uL	150.000-450.000 uL

Al día siguiente por la noche se detalla en el protocolo quirúrgico que se retira tapón y se realiza desempaquetamiento de 6 compresas con el posterior lavado con abundante Solución Salina en la que no se observa sangrado.

Durante los 9 días siguientes la paciente fue normalizando paulatinamente los resultados de hemogramas. Con todos estos datos se estableció el diagnóstico definitivo de Cáncer de Recto más infiltración de pared posterior de Vagina. Manteniendo únicamente tratamiento sintomático hasta el alta hospitalaria el 5 de Mayo del 2015.

Paciente es dada de alta con analgesia y antibioticoterapia por 7 días, y se decide manejo Oncológico en unidad de especialidades y control por consulta externa de Coloproctología en una semana.

4.10. Agrupación por problemas

Tabla 7.- Agrupación por problemas

Problemas Activos	Problemas Pasivos
Dolor de región anal	Pérdida de peso
Rectorragia	Dieta rica en carbohidratos y grasas.
Tacto rectal: masa tumoral friable y sangrante	Sedentarismo
Palidez cutánea	Edad de 60 años
Conjuntivas Pálidas	IMC: 18.32 kg/m ²
Dolor abdominal a la palpación en fosa	Estreñimiento de instauración reciente

ilíaca izquierda e hipogastrio	
Acintamiento de las heces	
Tenesmo rectal	
Problemas Intrínsecos	Problemas Extrínsecos
Edad de riesgo	Factor socioeconómico
	Factor educativo
	Factor Ambiental

4.11. Análisis del Problema

De acuerdo a las manifestaciones clínicas, anamnesis y exámenes complementarios que presenta la paciente se concluye que, la patología tiene una afectación a nivel de aparato digestivo, además, al corresponderlo con el tiempo de evolución, el tacto rectal, los factores ambientales, socioeconómicos, y sobre todo por el uso de la colonoscopia que en la actualidad se ha convertido en una ayuda diagnóstica para el personal médico por su facilidad de obtener muestras para exámenes histopatológicos nos da una guía adecuada para el diagnóstico de la patología por lo cual es imprescindible una valoración adecuada al realizar el tacto rectal, y acompañarlo con exámenes imagenológicos para un diagnóstico propicio.

En el caso mencionado la situación clínica de la paciente se ve agravada por la extensión del tumor y su infiltración a pared posterior de vagina, permitiendo así su complicación clínica.

4.12. Análisis del Caso Clínico

El Cáncer de Recto es un tumor maligno, localizado dentro de los 12 cm del recto (desde la línea pectínea hasta la unión rectosigmoidea o a nivel de la tercera vertebra sacra), determinado por rectosigmoidoscopia rígida. El Cáncer de Recto tiene en común con el Cáncer de Colon los factores etiológicos, las técnicas de

diagnóstico, la anatomía patológica, la biología molecular, las estrategias preventivas y el tratamiento de la enfermedad metastásica [2] [4].

- Epidemiología:

Resulta difícil separar las consideraciones epidemiológicas del Cáncer de Recto de las del Cáncer de Colon, porque los estudios epidemiológicos, con frecuencia, consideran como una sola afección (Cáncer Colorrectal) al Cáncer de Colon y de recto. En el mundo, el Cáncer Colorrectal es la tercera forma más común de cáncer. En el 2000, el Cáncer Colorrectal representó 9,4% de los cánceres nuevos en todo el mundo, con 945 000 casos diagnosticados, y 7,9% de las defunciones en todo el mundo, con 492 000 defunciones: en cuanto al género, afecta tanto a hombres como a mujeres de forma casi igual, siendo el Cáncer de Recto más frecuente en hombres. Los hombres afro-americanos tienen la incidencia mayor entre los grupos étnicos y raciales y tienen la más alta mortalidad, aunque estas diferencias pudieran ser debidas al poco acceso de este grupo a la atención médica. [10].

El Cáncer de Recto es un cáncer propio de pacientes de edad avanzada, ya que 50% de los casos tienen más de 70 años de edad, con una mediana de edad a su presentación de 73 años y 70-75% de los pacientes tienen más de 65 años. Su presentación es rara en pacientes menores de 40 años, aunque existe tendencia creciente a aparecer en este grupo etario [14].

El Cáncer de Recto es una de las neoplasias más frecuentes del mundo y su incidencia oscila con predominio en países desarrollados como Estados Unidos, Europa, Australia y la Península Escandinava y menos frecuente en América del Sur, África y Asia [12].

- Factores de riesgo

Tabla 9.- Factores de riesgo

Factores genéticos de riesgo: Las personas con ciertos trastornos en un gen único conocido tienen un aumento del riesgo de contraer Cáncer de Recto. Los trastornos en un gen único relacionados con síndromes conocidos representan entre 10 y 15% de los Cánceres Colorrectales.
Antecedentes personales de adenomas colorrectales. Adenoma papilar: Bajo riesgo; Adenoma túbulo-velloso: Riesgo intermedio; Adenoma vellosos: Alto riesgo
Antecedentes de familiares de primer grado de Cáncer Colorrectal o adenomas colorrectales.
Antecedentes personales de Cáncer de Ovario, Endometrio o Mama.
Antecedentes de Enfermedad inflamatoria intestinal, sobre todo, de más de 10 años de evolución.
Pacientes mayores de 40 años; la incidencia aumenta con la edad.
Otros posibles factores de riesgo incluyen estilo de vida sedentario.
Factores dietéticos: La dieta rica en fibra, baja en calorías y en grasa animal puede reducir el riesgo. La deficiencia de algunos micronutrientes específicos como folatos, vitamina E y D incrementa el riesgo.
Deficiencia de Calcio: La ingesta diaria de 1,5 a 2 gr de calcio es asociado con una disminución del riesgo de recurrencia de los adenomas.
Los antiinflamatorios no esteroideos, aspirina e inhibidores de la ciclooxigenasa-2 como el Celecoxib reducen el riesgo.
Hábito de fumar.

Elaborado por: Rafael Alejandro Albán. **Fuente:** López, F., Carrillo, K., Zárate, A., Brien, A. (Abril de 2012). Cáncer de Recto: diagnóstico, estudio y estadificación. *Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64.*

- Diagnóstico:
 - Anamnesis:

Factores de riesgo para el Cáncer de Recto (antecedentes personales o familiares de Cáncer de Colon y/o recto, Cáncer de mama, útero, ovario, poliposis adenomatosa familiar (PFA) o Cáncer Colorrectal hereditario no polipósico (CCHNP) o adenomas, enfermedad inflamatoria intestinal (rectocolitis ulcerosa de 10 o más años de evolución, enfermedad de Crohn) síndrome de Gardner, síndrome de Turcot, hamartomas, poliposis atenuada o poliposis juvenil [13] [14].

Síntomas como: Cambios en el hábito intestinal, sangrado rectal, estreñimiento de instalación reciente, acintamiento de las heces, pujos, tenesmos, deposiciones mucosanguinolentas, dolor a la defecación, alternancia de diarreas con estreñimiento. Síntomas urinarios como disuria, fecaluria si el tumor infiltra y fistuliza vejiga, secreciones vaginales o sangrado vaginal si invasión y fistulización de la vagina [7] [8] [9].

- Examen físico:
 - Condiciones generales del paciente.
 - Palpación abdominal puede revelar en la enfermedad metastásica adenopatías, hepatomegalia, ascitis.
 - Examen minucioso para detectar presencia de metástasis (Regiones inguinales).
 - Examen digital rectal: Es obligatorio puede revelar masa palpable, sangre roja rutilante, debe incluir examen del tejido perirrectal y fosas isquiorrectales en tumores de recto bajo, debe precisarse localización tumoral, distancia del tumor con relación al borde anal, tamaño, movilidad, extensión y características morfológicas del tumor (vegetante, polipoideo, ulcerado e infiltrante. Tacto vaginal y examen con espéculo si se sospecha infiltración y/o fistulización a vagina. [17].

- Diagnóstico diferencial:

Todos los síntomas y signos del Cáncer de Recto son comunes con otras entidades clínicas con las que debe establecerse un diagnóstico diferencial. Éstas incluyen:

- Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Angiodisplasias
- Diverticulitis
- Fecalomas
- Colitis actínica, isquémica o infecciosa
- Tuberculosis intestinal.

Casi todas ellas se descubren a través de una colonoscopia, por lo que resulta imperativo llevar a cabo esta exploración que además de confirmar la neoformación, permite la toma de biopsias para su diagnóstico histológico. En el caso de la diverticulitis, la exploración puede efectuarse algunas semanas después del episodio agudo. No seguir esta recomendación (especialmente después de un primer y único episodio) puede pasar por alto la presencia de una neoformación que puede debutar con fenómenos de necrosis y abscesificación expresados con síntomas superponibles a los de una diverticulitis. [13] [18].

- Evaluación diagnóstica
 - Estudios de laboratorio clínico [6] [7]:
 - Hematológicos: (Hemograma, coagulograma completo, grupo y factor, leucograma con diferencial, VSG).
 - Hemoquímica: (estudios de la función hepática y renal, proteínas totales y fraccionadas, glicemia, creatinina, colesterol, triglicéridos, FAL, ASAT, ALAT, GGT, BT)
 - Estudios Imagenológicos [6] [7] [8]::
 - Radiografía de Tórax o Tomografía Axial Computarizada.
 - Radiografía de Colon por enema (con doble contraste) opcional.
 - US de abdomen, pelvis y regiones inguinales.
 - Ultrasonido transrectal y/o ecoendoscopia tienen utilidad para determinar la profundidad de la invasión en la pared en los tumores móviles y evaluar adenopatías perirrectales. En mujeres es útil el US transvaginal, sobre todo en lesiones estenosantes.
 - Tomografía axial computarizada simple y contrastada de abdomen y pelvis, permite detectar la presencia de metástasis a distancia.

- Colonoscopia virtual (como una técnica alternativa o complementaria a la colonoscopia convencional).
- Resonancia magnética de pelvis con bobina endorrectal, útil para evaluar posible invasión del mesorrecto.
- La PET-CT no está indicada como un examen de rutina, permite detectar la presencia de metástasis a distancia y además monitorizar la respuesta al tratamiento neoadyuvante.
- Ultrasonografía hepática intraoperatoria
- Estudios endoscópicos [4] [8]:
 - Rectosigmoidoscopia rígida.
 - Colonoscopia, si no es posible en el preoperatorio realizarla de tres a seis meses del posoperatorio para precisar tumores sincrónicos o pólipos.
 - Cistoscopia (si síntomas que sugieren infiltración y/o fistulización vesical).
 - La Biopsia es obligatoria, además se debe tomar muestra por CAAF en ganglios inguinales sospechosos.
- Marcadores tumorales: Medición de la concentración sérica del antígeno carcinoembrionario (A.C.E.) para hacer una evaluación pronóstica y determinar la respuesta al tratamiento.
- Estadificación:

La estadificación precisa proporciona información clave sobre la localización y el tamaño del tumor primario en el recto y el tamaño, número y localización de cualquier metástasis. La estadificación inicial precisa puede influir en el tratamiento, al ayudar a determinar el tipo de intervención quirúrgica y la elección de la terapia neoadyuvante, a fin de potenciar al máximo la probabilidad de una resección con márgenes libres de tumor. En el caso del Cáncer Primario de Recto, las pruebas endoscópicas y de imágenes de la pelvis ayudan a determinar la profundidad de la invasión tumoral, la distancia desde el complejo muscular esfinteriano, la posibilidad de lograr márgenes circunferenciales (radiales) negativos y el compromiso de los ganglios linfáticos locorregionales o los órganos adyacentes [12] [15].

- Manejo:
 - Principales objetivos en el tratamiento del Cáncer de Recto.
 - Control local.
 - Supervivencia a largo plazo.
 - Conservación de la función esfinteriana, vesical y sexual.
 - Mantenimiento o mejoría de la calidad de vida.

El abordaje del tratamiento del Cáncer de Recto debe ser multimodal e incluir un equipo multidisciplinario de especialistas con pericia en cirugía oncológica, oncología médica, gastroenterología, radioterapia e imagenología. Debido a un mayor riesgo de recidiva local y un pronóstico general más precario, el tratamiento de Cáncer de Recto varía en algo del de Cáncer de Colon. Las diferencias incluyen la técnica quirúrgica, el uso de radioterapia y el método de administración de la quimioterapia. Además de determinar la intención de la cirugía del Cáncer de recto (curativa o paliativa), es importante considerar aspectos terapéuticos relacionados con el mantenimiento o restauración de las funciones normales del complejo muscular esfinteriano anal, la genitourinaria y sexual [10] [11].

- Principios del tratamiento quirúrgico del Cáncer de Recto

La elección de la técnica quirúrgica en el recto depende de los siguientes factores: estado general del paciente, nivel de localización del tumor, tamaño, movilidad, tipo histológico, presencia de obstrucción o de metástasis local o a distancia, cirugía electiva o de urgencia, entre otras [6] [14].

Aún existe controversia acerca de la mejor resección curativa con preservación del aparato esfinteriano, el procedimiento operatorio estándar exige la extirpación del Cáncer con márgenes adecuados, incluyendo los ganglios linfáticos regionales. Los procedimientos quirúrgicos disponibles son: resección local, extirpación con anastomosis anterior, anterior baja o coloanal y resección abdominoperineal. La dificultad técnica para efectuar la anastomosis, la elevada morbilidad debida a la fuga anastomótica y sepsis, aunadas a un margen distal adecuado, son motivos de preocupación para el cirujano. Con respecto a esto último, en múltiples estudios se

ha demostrado que un margen de 2 a 2.5 cm del borde inferior del tumor es adecuado para una cirugía curativa que incluye la zona linfática de la región [6] .

- Amputación abdominoperineal del recto (Operación realizada por Edouard Quénu en 1897 y difundida por W. Ernest Miles en 1908)

Además de lo dicho anteriormente hay varios autores que refieren más sobre el tratamiento quirúrgico del Cáncer de Recto.

Desde que en 1908, Ernest Miles¹ describiera la operación que lleva su nombre para el tratamiento del Cáncer de Recto, la resección abdominoperineal (RAP) se constituyó en la “norma de oro” para tratar estas neoplasias; las indicaciones están sistematizadas por Azolas, donde se describen los factores que determinan su realización.

En un comienzo la operación de Miles se indicaba en tumores rectales de cualquier altura; sin embargo, con el desarrollo de nuevas técnicas y la observación de los resultados oncológicos comparando resección anterior con la RAP, han modificado esta situación hasta el día de hoy en que esta técnica se reserva para tumores ubicados en el tercio inferior rectal y, excepcionalmente, para tumores del tercio medio, también está indicada en Cánceres de Ano que han recidivado después de tratamiento con quimio y radioterapia. Las operaciones con conservación de esfínteres y el uso de suturas mecánicas han disminuido las indicaciones de la operación de Miles en favor de estas últimas [9] [10].

- Complicaciones del tratamiento quirúrgico

- Inmediatas:

- ❖ Generales

- Trastornos hidroelectrolítico y/o ácido básico.
- Trastornos cardiovasculares.
- Tromboembolismo pulmonar. (T.E.P.)
- Insuficiencia renal aguda.
- Relacionadas con el proceder
- Sangrado.

➤ Mediatas

❖ Generales:

- Trastornos hidroelectrolítico y/o ácido básico.
- Trastornos cardiovasculares.
- TEP.
- Infecciosas (Neumonías, Bronconeumonía, Flebitis, Infección Urinaria)
- Distensión gástrica aguda.

❖ Relacionadas con el proceder:

- Sangrado.
- Oclusión por hernia interna.
- Dehiscencia de la anastomosis.
- Evisceración.
- Retención urinaria.
- Infección del sitio operatorio (infección de la herida abdominal, perineal y absceso presacro).
- Retardo en la cicatrización.
- Si colostomía (necrosis, dermatitis, retracción).

➤ Tardías:

❖ Generales

- Trastorno hidroelectrolítico y/o ácido básico.
- Trastornos cardiovasculares.
- TEP
- Infecciosas (Infección Urinaria)

❖ Relacionadas con el proceder

- Infección del sitio operatorio
- Si colostomía (prolapso, estenosis, hernia pericostómica)
- Incontinencia fecal y urinaria.
- En hombres trastornos de la erección y la eyaculación.
- En mujeres sequedad, estenosis vaginal y dispareunia.

- Principios del tratamiento adyuvante.

El principio del tratamiento adyuvante del Cáncer de Recto incluye quimio y radioterapia concurrente y quimioterapia adyuvante, un total de 6 meses de tratamiento perioperatorio es recomendado. En la enfermedad localmente avanzada el tratamiento estándar lo constituye la quimiorradioterapia neoadyuvante [14] [15].

- Factores pronósticos
 - Presencia o ausencia de compromiso ganglionar y número de ganglios linfáticos positivos.
 - Adherencia a órganos adyacentes o invasión de los mismos.
 - Presencia o ausencia de metástasis a distancia.
 - Presencia o ausencia de características patológicas de riesgo alto, como márgenes quirúrgicos positivos, invasión linfovascular, invasión perineural e histología precariamente diferenciada.
 - Perforación u obstrucción del intestino.
 - Margen circunferencial de resección o profundidad de la penetración del tumor a través de la pared intestinal.
- Seguimiento:

Las directrices para la vigilancia después del tratamiento inicial con intención curativa para el Cáncer Colorrectal varían entre las principales sociedades de los Estados Unidos y Europa, y las estrategias óptimas de vigilancia siguen siendo inciertas. Los estudios rutinarios y periódicos de seguimiento de los pacientes tratados por Cáncer de Recto pueden conducir a la identificación temprana y el manejo de la enfermedad recidivante. Las metas principales de los programas de vigilancia posoperatoria del Cáncer de Recto son las siguientes [10] [11].

- Evaluar la eficacia del tratamiento inicial.
- Detectar neoplasias malignas nuevas o metacrónicas.
- Detectar los cánceres recidivantes o metastásicos potencialmente curables.

Se recomienda hacer énfasis en la educación del paciente para la detección temprana de metástasis así como en problemas nutricionales o psicosociales. Identificación de las secuelas tardías de la enfermedad o del tratamiento como diarrea crónica, incontinencia fecal, manejo de las ostomias. Asesorar al paciente para que tenga un estilo de vida saludable, mantenga un peso adecuado, mantenerse activo físicamente, algunas recomendaciones son aconsejadas para tratar modificaciones como resultado de secuelas del tratamiento como el manejo de ostomias, neuropatías, entre otras. Dieta saludable con énfasis en el consumo de vegetales, limitar el consumo de alcohol y el hábito de fumar [6] [7].

Se debe explorar la esfera sexual y orientar al respecto, ya que no es infrecuente que en el hombre se presente disfunción sexual o disfunción eréctil y dispareunia o sequedad vaginal en la mujer, así como incontinencia urinaria u otros trastornos miccionales [10].

4.13. Descripción de Factores de Riesgo

4.13.1. Factores de riesgo personales

Un factor que presenta nuestra paciente es la edad, ya que la incidencia aumenta con la edad, especialmente en pacientes mayores de 40 años.

Otros posibles factores de riesgo incluyen estilo de vida sedentario.

4.13.2. Factores dietéticos

La paciente posee una dieta rica en carbohidratos y grasas animales, los cuales según la literatura constituyen un factor dietético. Por lo contrario una dieta rica en fibra, baja en calorías y en grasa animal puede reducir el riesgo. La deficiencia de algunos micronutrientes específicos como folatos, vitamina E y D también incrementa el riesgo.

4.13.3. Factores que se relacionan con los servicios de salud

4.13.3.1. Oportunidades en la solicitud de la consulta médica

La paciente acude inmediatamente después de su sintomatología a Hospital Básico de Salcedo el cual se encuentra cercano a su hogar, en donde es atendida inmediatamente pero es enviada a casa con medicación que no ayuda a la mejora clínica, por lo que paciente decide acudir nuevamente a dicha casa de salud en donde remiten por consulta externa de Hospital Básico de Ambato a consulta externa de Coloproctología el cual se encuentra distante a su sitio de domicilio.

4.13.3.2. Acceso a la atención médica

La paciente por su condición socioeconómica media depende de los servicios gratuitos que ofrece el estado, en este caso el Hospital Básico de Salcedo y Ambato. Este último con acceso limitado debido a la distancia que existe entre ciudades. La paciente con residencia en la ciudad de Salcedo que se encuentra ubicado a 29 km de la Ciudad de Ambato, Capital de la Provincia de Tungurahua en el Ecuador. El medio de transporte terrestre es constante para el traslado entre ciudades, lo que facilita que acuda a las unidades de salud, en este caso el Hospital Básico Docente Ambato.

4.13.3.3. Oportunidades en la atención de salud

La paciente tuvo una atención rápida al solicitar los servicios de salud a pesar del retraso en la derivación del paciente desde una unidad de atención de salud a otra, ya que el diagnóstico no fue oportuno por lo que la paciente es referida a la unidad de Coloproctología en donde es evaluada, diagnosticada y tratada quirúrgicamente.

4.13.3.4. Características de la atención

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las

etapas de su desarrollo, siempre con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención en el sistema de salud al cual pertenece la paciente, hace que la atención se vuelva superficial, rápida e inconsistente por eso el diagnóstico erróneo al principio, sin brindarle condiciones educativas ni advertencia de los signos de alarma además de posibles problemas que puede acarrear la enfermedad.

4.13.3.5. Oportunidades en la remisión

La remisión de este tipo de pacientes debe ser oportuna, de tal manera que cuente con atención por especialidad en las distintas ramas, Coloproctología, Cirugía, Oncología para un manejo integral de la paciente.

La paciente fue remitida en condición estable a la unidad oncológica para seguimiento terapéutico del Cáncer de Recto de manera oportuna. El egreso de la paciente se dio a las 4 semanas después de su ingreso con cuadro clínico estable. El seguimiento post quirúrgico se dio a la semana de egresada por consulta externa de Coloproctología.

5. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

- El Cáncer de Recto es una enfermedad de carácter crónico de etiología multifactorial que se encuentra relacionado con los cambios histopatológicos de la mucosa rectal y que da lugar a trastornos digestivos variados que pueden impedir su diagnóstico precoz.
- Descuido al no acudir a una casa de salud en el tiempo oportuno y así poder tener un diagnóstico temprano de la patología.
- Inexactitud al momento del diagnóstico de la patología por parte del personal de salud que la atendió inicialmente.
- Referencia tardía a unidad de mayor complejidad para tratamiento quirúrgico.
- Inexperiencia sobre la presentación clínica de dicha patología a nivel local y la importancia de su diagnóstico precoz, tratamiento, control, seguimiento continuo, con el fin de impedir las secuelas del mismo como: oclusión

intestinal, sangrados digestivos, perforación, peritonitis fecaloidea, fístulas a otros órganos (vesicales, rectouterinas, rectovaginales, recto intestinales etc.), y sobre todo metástasis.

- No ostentar con protocolos clínicos quirúrgicos para el diagnóstico precoz del Cáncer de Recto desde los niveles primarios de salud.

6. CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N°10.- Categorización de las oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Identificación oportuna del Cáncer de Recto	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad. • Adecuada anamnesis y examen físico del aparato digestivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el contacto inicial con el personal de salud en atención primaria hasta la derivación al especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria en salud para su diagnóstico temprano. • Médico cirujano, Para el tratamiento y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar en historia clínica. • Registro de pacientes con Enfermedades Crónicas no transmisibles.
No acudir a una casa de salud en el tiempo oportuno para un	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer charlas de prevención dirigidas a la comunidad. • Efectuar planes de mejora a través 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el contacto inicial con el personal de salud en atención primaria hasta la 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo el personal en atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de salud pública

diagnóstico temprano.	de programas de atención.	derivación al especialista.		
Inexactitud al momento del diagnóstico de la patología por parte del personal de salud que la atendió inicialmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones continuas sobre Cáncer de Recto al personal de salud. • Establecer guías diagnosticas aplicadas a los niveles primarios de salud con el objeto de mejorar la atención a los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir del año 2015 y anualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guías clínicas basadas en revisiones sistemáticas y en la evaluación de los riesgos y beneficios.
Referencia tardía a unidad de mayor complejidad para tratamiento quirúrgico.	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar un sistema de prioridades de atención de acuerdo a la patología y estado clínico del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir del año 2015 y anualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los niveles de atención de salud

7. CONCLUSIONES

- Al no existir un protocolo estandarizado para el manejo de pacientes con Cáncer de Recto en el Ecuador, los profesionales de la salud se han visto motivados a la búsqueda de guías y protocolos clínico quirúrgicos de aceptación internacional.
- El Cáncer de Recto es una enfermedad multifactorial. Aun cuando una persona con Cáncer de Recto tiene un factor de riesgo, a menudo es muy difícil saber cuánto pudo haber contribuido ese factor de riesgo al Cáncer.
- El diagnóstico de Cáncer de Recto se debe realizar desde los niveles primarios de salud con una adecuada anamnesis y examen físico integral del paciente. En nuestro medio lamentablemente la mayoría de los casos de Cáncer de Recto no se los realiza desde los niveles primarios de salud, lo que produce que en ciertas ocasiones se pase por alto este diagnóstico o que su tratamiento inicie de forma tardía.
- La mayoría de los pacientes con diagnóstico de Cáncer, así como sus familiares presentan algún grado de depresión, angustia y miedo cuando el Cáncer se convierte en parte de sus vidas. Estos sentimientos son reacciones normales ante una experiencia que altera la vida de las personas, lo importante es sobrellevar dicha experiencia con el apoyo mutuo y comprender el proceso que conlleva el padecer esta patología.
- Un diagnóstico precoz de la patología nos ayuda a determinar un buen pronóstico a largo plazo y una mejoría en la calidad de vida en los pacientes tratados quirúrgicamente.
- Es primordial realizar capacitaciones continuas por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en donde se explique la importancia de un diagnóstico precoz, tratamiento adecuado, control y seguimiento continuo, con el fin de impedir las secuelas asociadas al Cáncer de Recto.

8. LINKOGRAFÍA

1. Arribas A., Días J., Muñoz J., Valdés A., Cruz O., Marie M. Estudio comparativo entre cirugía laparoscópica y cirugía abierta en Cáncer Colorrectal. Acad. Mex. de Cirugía. 2014 (Citado el 08 Agosto del 2015); 82 (3): 3-8. Disponible en: www.amc.org.mx.
2. Bonjer H., Deijen C., Abis G., Cuesta, M., Martijn M., Lacy A. A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer. The New England Journal of Medicine. 2015 (Citado el 09 de septiembre del 2015); 372 (14): 1325-1330. Disponible en: www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882.
3. Charúa L., De la Torre A., Raña R., López E., Madrid J., Ávila C. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto. Tratamiento del Cáncer de Colon y Recto. Rev. Gastroenterol. Mex. 2008 (Citado el 12 Agosto del 2015); 73 (2):2-5. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/guias-clinicas diagnostico-tratamiento-del/articulo/13132127>.
4. Chávez Y., Romero M., Landázuri L. Experiencia quirúrgica de 5 años en el Hospital Solón Espinosa Ayala Solca Núcleo de Quito. Rev. Onc. de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer. 2007 (Citado el 22 de Agosto del 2015); 17 (3): 1-2. Disponible en: http://solcacompras.solca.med.ec/REVISTA/veredicion_detalle.php?id=4.
5. Decanini C., González J., Obregón J., Vega M. Cáncer de Recto: Diagnóstico, estadificación y tratamiento. Acad. Mex. de Cirugía. 2011 (Citado el 06 de Septiembre del 2015); 79 (5): 1-7. Disponible en: <http://www.myvirtualpaper.com/doc/revistacirugiaycirujanos/julio-diciembre 2011/2012110801/201.html#200>.
6. Iwamoto S., Takahashi T., Tamagawa H., Nakamura M., Munemoto Y., Kato T. FOLFIRI plus bevacizumab as secondline therapy in patients with metastatic colorectal cancer after first line bevacizumab plus oxaliplatin based therapy. An. of Oncology. 2015 (Citado el 09 de Septiembre del 2015); 26 (7): 1-3. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed /25908603.

7. Llovera R., González M., Rodríguez R., Aguilar F., Llanes G., Lima M. Consenso Nacional de Cáncer de Recto. *Socied. Cubana De Coloproctol.* 2013 (Citado el 24 de Septiembre del 2015); 36 (4): 2-16. Disponible en: <http://docslide.us/documents/consenso-nacional-de-recto-2013.html>.
8. López F., Carrillo K., Zárate A., Brien A., de Guevara D. Cáncer de Recto: diagnóstico, estudio y estadificación. *Rev. Chilena de Cirugía.* 2012 (Citado el 16 de Agosto del 2015); 64 (2): 199-204. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071840262012000200016&script=sci_arttext.
9. Mendoza M, Cacho A. Cáncer de Recto. Evaluación por tomografía computada multicorte y por resonancia magnética. *An. de Rad. de Mex.* 2014 (Citado el 22 de Julio del 2015); 13 (3):218-219. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx.
10. Muñoz, M. Cáncer de Recto. El manejo está cambiando. *Sociedad Quirúrgica S.C.* 2013 (Citado el 22 de Septiembre del 2015); 35 (1):1-3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>.
11. Ortega P., Vintimilla Y., Alvarado R., Ugalde J., Astudillo X., García J. Cáncer de Recto: experiencia del tratamiento curativo en el instituto del Cáncer SOLCA- Cuenca, periodo 1998- 2007. *Rev. Onc. de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.* 2008 (Citado el 18 de Agosto del 2015); 18(4): 2-4. Disponible en: <http://solcacompras.solca.med.ec/REVISTA/veredicio>.
12. Schmoll H., Van Cutsem E., Stein A., Valentini V., Glimelius B., Haustemans K. ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. A personalized approach to clinical decision making. *An. of Oncology.* 2012 (Citado el 10 de Julio del 2015); 23 (10): 1-4. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26026162.
13. Townsend C., Beauchamp D., Evers M., Mattox, K. *Sabiston textbook of surgery:the biological basis of modern surgical practice.* 19na ed. Canada: ElSevier; 2012 (Citado el 24 de Septiembre del 2015); 1356-1372
14. Villafaña O., Piñeiro M. Morbilidad por Cáncer de Colon y Recto. *Rev. Méd. de Cuba.* 2001 (Citado el 06 de Agosto del 2015); 8(2):53-60. Disponible en: www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/3279/1563.

15. Vilorio L., Molina A., Diez T., Álvarez B., Álvarez C., Hernando M. Características clínicas, anatomopatológicas y moleculares en casos de Cáncer Colorrectal según localización tumoral y grado de diferenciación. *Rev. Colomb. Cancerol.* 2015 (citado el 08 de Septiembre de 2015); 48 (1): 1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2015.06.002>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DATOS DE UTA

16. **SPRINGER:** Paschall A., Liu K. Epigenetic and Immune Regulation of Colorectal Cancer Stem Cells. *Curr. Colorectal Cancer Rep.* 2015 (Citado el 10 de Agosto del 2015); 12 (2):1-8. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11888-015-0301-6#page-1>.
17. **SPRINGER:** Thomas J., Allegra C. Yothers G. Neoadjuvant Rectal (NAR) Score: a New Surrogate Endpoint in Rectal Cancer Clinical Trials. *Curr. Colorectal Cancer Rep.* 2015 (Citado el 20 de Septiembre del 2015); 11 (1):275–280. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11>.
18. **SPRINGER:** Sung W., Koshy A., Grodzicki B. Metastatic Colon and Rectal Cancer: Role of Multidisciplinary Team-Based Management. *Rev. Transdisciplinary Perioperative Care in Colorectal Surgery.* 2015 (Citado el 15 de Septiembre del 2015); 16 (8):199–225. Disponible en: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-44020-9>
19. **SPRINGER:** Kyle G., Cologne A. Development of Minimally Invasive Colorectal Surgery: History, Evidence, Learning Curve, and Current Adaptation. *Rev. Advanced techniques in minimally invasive And robotic colorectal surgery.* 2015 (Citado el 12 de Septiembre del 2015); 10 (1):14–31. Disponible en: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4899-7531-7>

9. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... con cedula de identidad No....., previo explicación, doy mi consentimiento informado el día, para la utilización de los datos que reportan la historia clínica para la realización de un trabajo investigativo y realización de un caso clínico.

El presente consentimiento informado, lo firmo, para permitir que el Sr. Interno del Hospital Provincial Docente Ambato: Rafael Alejandro Albán Escobar, con cedula de identidad No. 1804368346, estudiante de la UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO use la información médica de la historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: “Cáncer de Recto”.

Para constancia firmamos abajo.

Para los fines legales pertinentes, firman el presente consentimiento informado.

Cedula No.

Paciente que da el consentimiento informado

Síntomas/signos con un valor predictivo positivo alto	Síntomas/signos con un valor predictivo positivo bajo
<ul style="list-style-type: none"> • Rectorragia con cambio del ritmo deposicional (frecuencia aumentada o menor consistencia) • Rectorragia sin síntomas anales (picor, escozor, dolor) • Masa abdominal o rectal palpable • Oclusión intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Rectorragia con síntomas anales (picor, escozor, dolor) • Cambio del ritmo deposicional (menor frecuencia o mayor consistencia) • Dolor abdominal sin signos de obstrucción intestinal

Fig. 1: Tomado de Castell a, et al. Guía de práctica clínica sobre la prevención del Cáncer Colorrectal (2012).

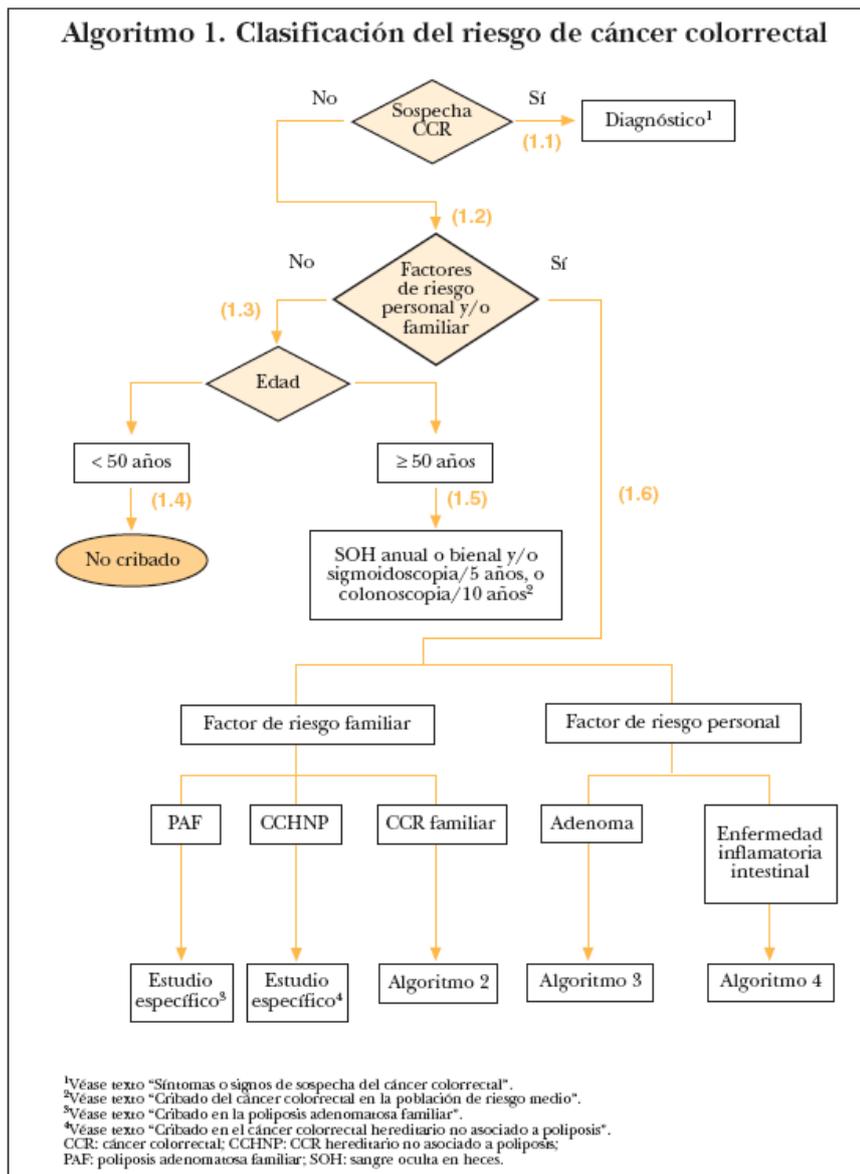


Fig. 2: Tomado de Castell a, et al. Guía de práctica clínica sobre la prevención del Cáncer Colorrectal (2012).

Algoritmo 2. Estrategia de cribado en el cáncer colorrectal familiar

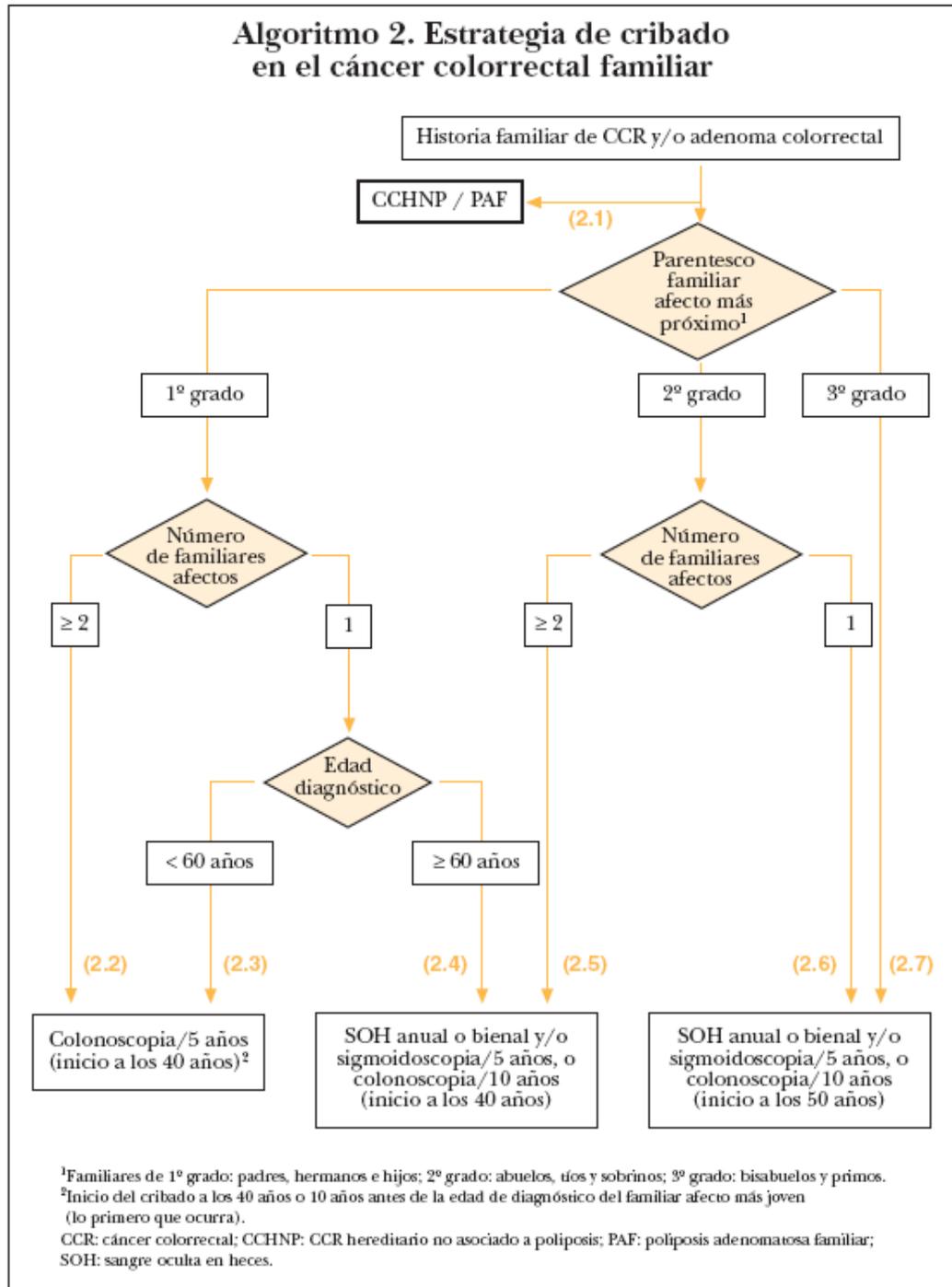
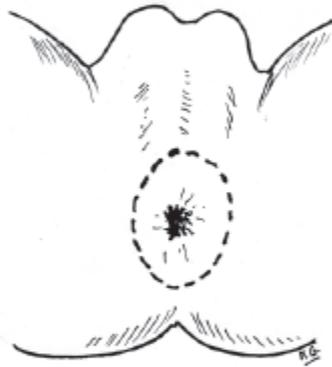


Fig. 3: Tomado de Castell a, et al. Guía de práctica clínica sobre la prevención del Cáncer Colorrectal (2012).

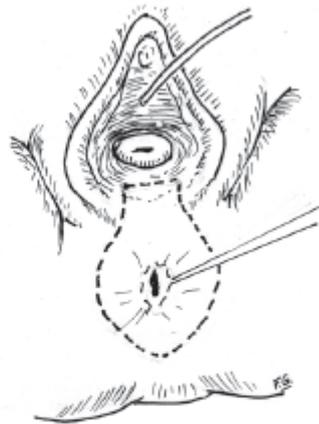
Tumor primario (T)	
Tx	Tumor primario no evaluable
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor invade la submucosa
T2	Tumor invade la muscular propia
T3	Tumor invade la grasa perirectal
T4a	Tumor penetra la superficie del peritoneo visceral
T4b	Tumor invade o se adhiere a órganos o estructuras adyacentes
Linfonodos regionales (N)	
Nx	No se puede determinar
N0	Sin linfonodos comprometidos
N1	Compromiso de 1-3 linfonodos
N1a	Compromiso de 1 linfonodo
N1b	Compromiso de 2-3 linfonodos
N1c	Depósitos tumorales en subserosa, mesenterio, tejidos pericólico o perirectal no cubiertos por peritoneo
N2	Compromiso de 4 o más linfonodos
N2a	Compromiso de 4 - 6 linfonodos
N2b	Compromiso de 7 o más linfonodos
Metástasis a distancia (M)	
M0	Sin metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia
M1a	Metástasis confinada a un órgano o sitio
M1b	Metástasis en más de un órgano o sitio

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1-2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
IIIA	T1-2 T1	N1/N1c N2a	M0 M0
IIIB	T3-4a T2-3 T1-2	N1/N1c N2a N2b	M0 M0 M0
IIIC	T4a T3-T4a T4b	N1a N1b N1-2	M0 M0 M0
IVa	Cualquier T	Cualquier N	M1a
Ivb	Cualquier T	Cualquier N	M1b

Fig. 4: Tomado de López, F., Carrillo, K., Zárate, A., Brien, A. (Abril de 2012). Cáncer de Recto: diagnóstico, estudio y estadificación. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64.



La incisión perineal en el hombre pasa por dentro de las tuberosidades isquiáticas, por delante de la punta del cóccix y a mitad de distancia entre el ano y el bulbo de la uretra.



Incisión perineal en la mujer, cuando es necesario escindir la pared posterior de la vagina.



Disección coccígea y sección del ligamento ano-coccígeo.

Fig. 5, 6 y 7: Tomado de Heidenreich, A., Rotholtz, N. Técnicas de resección en Patología rectal. Cirugía Digestiva, F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2010; III-371, pág. 1-26.

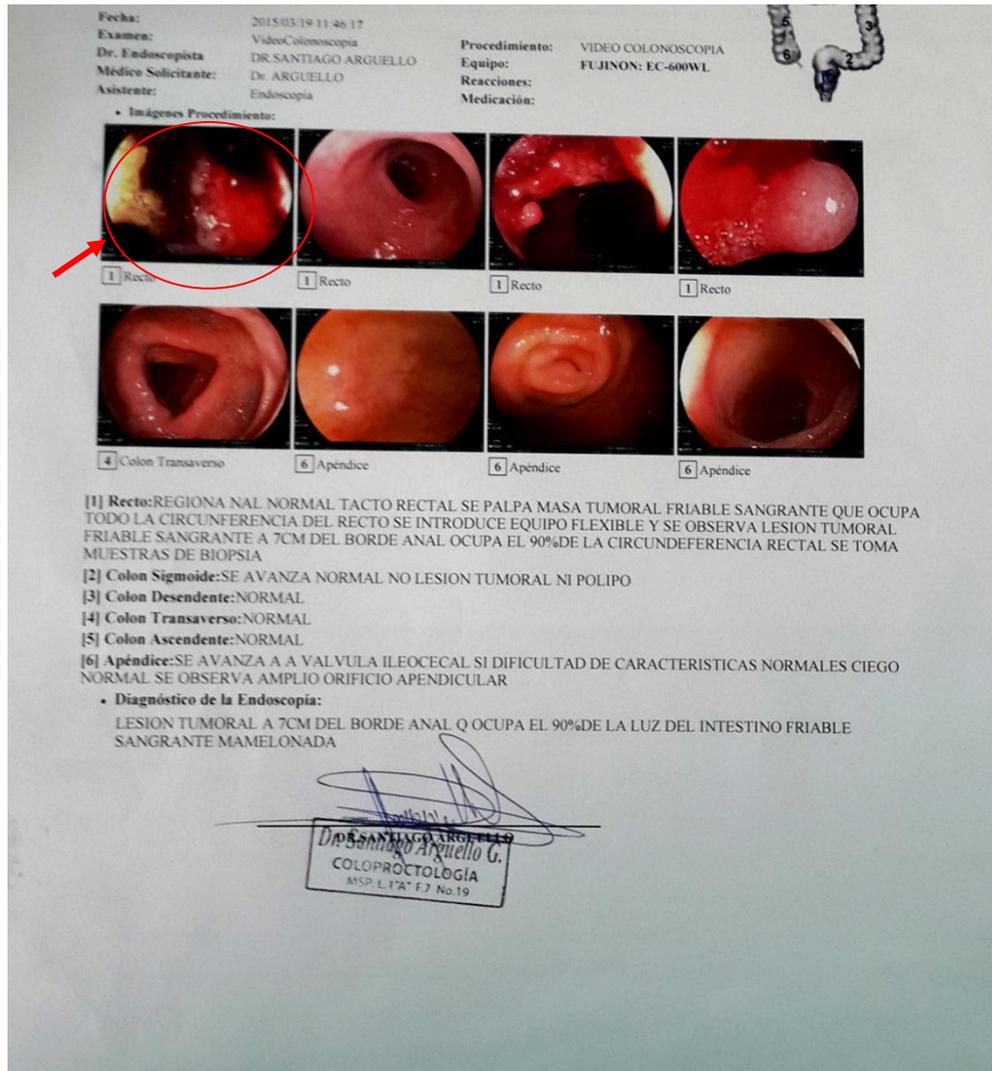


Fig. 8. Colonoscopia. (19/03/2015)

SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

DIAGNOSTICO CLINICO Ca. CANAL ANAL
 OPERACIÓN PRACTICADA
 TRATAMIENTO
 ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA BIOPSIA DE MUCOSA RECTAL

DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA

SOLICITANTE Dr. Santiago Arguello FIRMA DEL MEDICO	Nº DE PIEZAS
--	--------------

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION 19/03/2015	FECHA DE ENTREGA 31/03/2015	Nº INFORME 880-15
----------------------------------	--------------------------------	----------------------

DESCRIPCION MACROSCOPICA:
 Se recibe un fragmento de tejido blando de 0.2 cm. SPTM (1C).

DESCRIPCION MICROSCOPICA:
 En los cortes histológicos se observa pequeño fragmento de tejido de unos 2 mm en gran parte necrótico que muestra en un borde tejido con aspecto epitelial constituido por células desorganizadas con anisocitosis y anisocariosis, núcleo ligeramente picnótico. No se reconoce formación glandular.

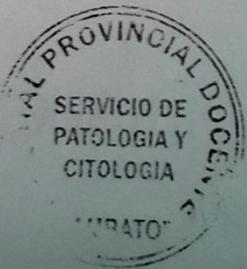
DIAGNOSTICO:

- * COMPATIBLE CON CARCINOMA INFILTRANTE DEL RECTO.
- * POR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA NO ES POSIBLE CLASIFICAR ADECUADAMENTE POR LO QUE ES NECESARIO ESTUDIAR LA PIEZA COMPLETA.

NOTA: No es posible descartar que el origen del tumor primario sea cuello uterino o vejiga.



Dr. José Rodríguez F.
ANATOMÍA PATOLÓGICA
as.



ENTREGADO 01 ABR 2015

Fig. 9. Resultado de Histopatología. (31/03/2015)

TEST	RESULT	UNID	VALOR REF.	ALARM
UREA	55.3 H	mg/dL	(16.6- 48.5)	
GLUCOSA	26	mg/dL	(-99999- 999999)	
CREATININA	92.1	mg/dL	(74- 106)	
ACTIVO URICO	1.12	mg/dL	(0.70- 1.20)	
COLESTEROL	7.1 H	mg/dL	(3.4- 7.0)	
TRIGLICERIDOS	221.7 H	mg/dL	(0- 200)	
BILIRRUBINA DIRECTA	105.6 L	mg/dL	(107- 143)	
TGO	0.278	U/L	(0.00- 0.30)	
TGP	17.3	U/L	(0- 40)	
AMILASA	23.8	U/L	(0- 41)	
LIPASA	77	U/L	(28- 100)	
	38.7	U/L	(13- 60)	

Fig. 10. Hemograma al ingreso. (01/04/2015)

Parámetro	Result	Unid	Parámetro	Result	Unid
WBC	7.02	x10³/uL	RBC	4.62	x10⁶/uL
Neu%	60.8 %		HGB	14.6	g/dL
Lym%	31.5 %		HCT	42.6 %	
Mon%	6.2 %		MCV	92.2 fL	
Eos%	1.3 %		MCH	31.6 pg	
Bas%	0.2 %		MCHC	34.3 g/dL	
Neu#	4.27	x10 ³ /uL	RDW-CV	12.5 %	
Lym#	2.21	x10 ³ /uL	RDW-SD	48.6 fL	
Mon#	0.44	x10 ³ /uL	PLT	242	x10³/uL
Eos#	0.09	x10 ³ /uL	MPV	8.9 fL	
Bas#	0.01	x10 ³ /uL	PDW	16.1	
* ALY%	0.0 %		PCT	0.215 %	
* LIC%	5.7 %				
* ALY#	0.00	x10 ³ /uL			
* LIC#	0.40	x10 ³ /uL			

** sólo uso en investigación, no para diagnóstico

Entreg:
 Hor traz: *Leticia Lopez*
 Coment: *LABORATORIO*

Operador: LABORATORIO
 Hor entr:
 Valida:
 Impr hora: 01-04-2015 16:20:16

Fig. 11. Química Sanguínea al ingreso. (01/04/2015)

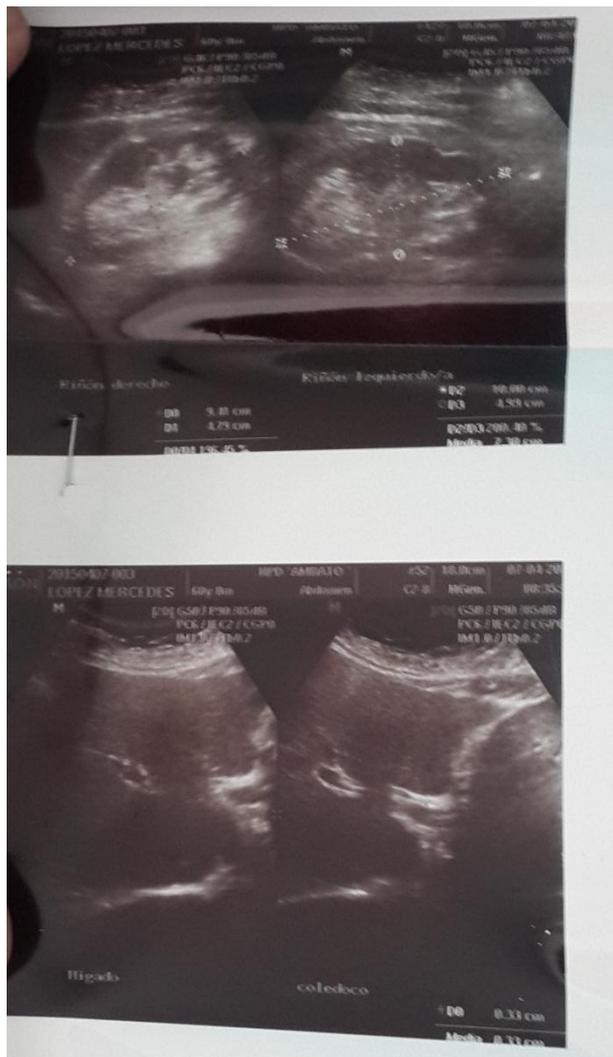


Fig. 12. Ecografía Abdominal. (07/04/2015)

EDAD años
Servicio: CLINICA
Fecha: 7 DE ABRIL 2015

ECO ABDOMEN

Hígado ecogenico
Paciente colesistectomizada
Colédoco mide 4mm
Riñon derecho mide 9,4cm x 4.7cm corteza 1cm es normales
Riñon izquierdo mide 10cm x 4.9cm corteza 1cm
Riñones con leve ectasia focalizada en cálices
Bazo de aspecto normal
Pancreas ecogenico.
No hay liquido libre en cavidad abdominal

CONCLUSIONES

Hígado y pancreas graso
Se sugiere Urograma IV.

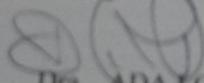

Dra. ADA LOPEZ
Médico Radiólogo

Fig. 13. Ecografía Abdominal (Informe). (07/04/2015)