

TAMIZAJE DE CÁNCER COLORECTAL

Estándar de práctica clínica
Versión 1. noviembre 2025

*Centro de Evidencia, Investigación e Innovación para las
Decisiones en Salud*

PRESIDENCIA DE SALUD E INNOVACIÓN

Grupo desarrollador

NOMBRE	PROFESION	CARGO	EMPRESA
EQUIPO DIRECTIVO			
Juan Pablo Rueda	MD. Especialista en epidemiología	Presidente Global de Salud	Keralty
Nancy Yomayusa	MD. Especialista en Medicina Interna, Nefrología y Trasplante	Vicepresidenta Global de Excelencia en Salud	IGEC-K
EQUIPO METODOLÓGICO			
Kelly Chacón	Ft. MSc. Epidemiología Clínica	Subgerente Centro de Evidencia e Investigación para las Decisiones en Salud - CEIDS	IGEC-K
Maria Paula Gutierrez	ND. MSc. Epidemiología Clínica	Profesional en epidemiología clínica	IGEC-K
Lina Morón	Enf. PhD. Epidemiología	Director proyectos en salud	IGEC-K
EXPERTOS CLINICOS			
Diego Aponte	MD Especialista en Medicina Interna-Gastroenterología	Líder Clínico Temático	Colsanitas
Leonardo Rojas	MD. Especialista en Medicina Interna y Oncología	Asesor Científico	Colsanitas
Fabio Gil	MD. Especialista en Medicina Interna-Gastroenterología	Especialista Servicio de Gastroenterología	Clínica Universitaria Colombia
Carlos Fuentes	MD. Especialista en Gastroenterología	Médico Especialista en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva	Clínica Reina Sofia
Margarita Huertas	MD. Especialista en Gastroenterología	Gastroenteróloga	Clínica Reina Sofia
Juan David Linares	MD. Especialista en Gastroenterología	Gastroenterólogo y Endoscopista Digestivo	Colsanitas
Javier Preciado	MD. Especialista en Gastroenterología	Gastroenterólogo y Endoscopista	Clínica Reina Sofia
EQUIPO DE GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO			
Victoria López	MD. especialista en auditoria médica	Gerente de Transferencia de conocimiento	Colsanitas

Conflicto de intereses

Los autores y expertos que participaron en el desarrollo del documento declaran que en virtud de la metodología establecida por el Instituto Global para la Excelencia del Cuidado de la Salud Keralty – IGEC-K no existe ningún conflicto de interés que impida o invalide el desarrollo proceso (de índole financiero, intelectual, de filiación o familiar).

Declaración de independencia editorial

El Instituto Global para la Excelencia del Cuidado de la Salud Keralty – IGEC-K y los autores declaran que el desarrollo del documento técnico científico se realizó de manera rigurosa, independiente, transparente e imparcial por parte de sus miembros.

Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty

Citar como:

Instituto Global para la Excelencia del Cuidado de la Salud Keralty – IGEC-K. Centro de Evidencia, Investigación e Innovación para las Decisiones en Salud, Keralty. Estándar De Práctica Clínica para cáncer colorrectal. Versión 1. Noviembre 2025

Derechos de uso

Esta versión aplica a todas las Empresas y Países Keralty, la evidencia consolidada y conclusiones presentadas deben ser adaptadas o ajustadas conforme a las políticas y normas de salud pública emitidas por las instancias regulatorias, Ministerios de Salud y otras Organizaciones de los países donde hace presencia Keralty. Es un documento vivo que irá evolucionando conforme a la emergencia de evidencia nueva. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0 IGO).



CC BY-NC-SA 4.0

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo.

En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que Keralty-Instituto Global de Excelencia Keralty respalda una organización, producto o servicio específicos.

Responsabilidad del tomador de decisiones

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias y las síntesis de evidencia para políticas en salud emitidas por el Instituto Global de Excelencia Keralty – Presidencia de Salud e Innovación, representan el compromiso de Keralty con la **excelencia en el cuidado**, lo que implica procurar que los profesionales, equipos interdisciplinarios de atención, así como los responsables en niveles tácticos y estratégicos, **adopten y tomen de manera sistemática decisiones informadas en las evidencia, basadas en datos para mejorar la salud y el bienestar de personas, familias y comunidades, evitar daños y hacer un uso más eficaz de los recursos, garantizando los mejores resultados en salud, una experiencia memorable y el empoderamiento de personas, familias y comunidades, así como el fortalecimiento del liderazgo y orgullo de pertenencia de los profesionales y equipos del ecosistema Keralty.**

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias, las síntesis de evidencia para políticas en salud, incluyen lineamientos para orientar decisiones sobre la práctica clínica en el contexto de nuestro modelo integrado sanitario y socio-comunitario (programas, servicios, centros de excelencia o de alta eficiencia y productos destinados al cuidado de las personas de acuerdo al contexto), la salud pública (programas y servicios destinados a los grupos y poblaciones específicas en aseguramiento, prestación, servicios sociales o comunidades en países donde haga presencia Keralty), la gobernanza integrada en salud (decisiones articuladoras del gobierno clínico y administrativo, decisiones estratégicas corporativas, planeación de recursos, decisiones de inversión o desinversión en tecnologías sanitarias u otras derivadas de análisis de impacto basados en valor).

Keralty Instituto Global de Excelencia Keralty garantiza una metodología

rigurosa, sistemática y transparente, procurando la confianza por parte del tomador de decisiones, de las personas y familias que cuidamos. Por lo tanto, bajo un enfoque de trabajo colaborativo, todos los procesos vinculan en el Equipo Desarrollador, profesionales y expertos de las diferentes disciplinas, así como responsables claves del nivel táctico o estratégico según el foco problémico, siendo al final las **Comisiones de Excelencia Keralty** las instancias de gobernanza y fuero técnico científico donde se analizan y avalan las directrices y políticas conforme al área disciplinar que corresponda.

Gracias a la sistematización del proceso, el enfoque metodológico permite que los lineamientos emitidos tengan en cuenta todos los criterios importantes que se sustenten en la mejor evidencia disponible procedente de la investigación, los cuales van las allá de la eficacia y seguridad de las intervenciones e incluyen un análisis de contexto, la prioridad del problema, valores, preferencias, experiencias, las implicaciones de financiación y recursos, la equidad, viabilidad, asequibilidad, la aceptabilidad de las partes interesadas, la sostenibilidad y eficiencia, entre otros.

Por lo cual, **se aspira que los profesionales, equipos interdisciplinarios de cuidado, así como responsables en niveles tácticos y estratégicos, tengan en cuenta estos lineamientos para tomar decisiones que generan valor en salud, en el marco de un modelo integral centrado en las personas, a través de decisiones compartidas, lo que implica tener en cuenta la evidencia así como las preferencias, creencias y valores individuales de la persona, garantizando la comprensión de los riesgos, beneficios y consecuencias de las diferentes opciones de cuidado a través de una discusión abierta, empática y compasiva.**

Contenido

1.	Resumen	1
2.	Introducción.....	2
3.	Objetivo	4
4.	Alcance	4
4.1	Población	4
4.2	Aspecto	4
4.3	Usuarios	4
4.4	Ámbitos de aplicación.....	4
4.5	Grupo desarrollador (GD)	4
5.	Metodología	5
5.1	Formulación de preguntas clínicas	5
5.2	Identificación de la evidencia.....	5
5.3	Construcción de las recomendaciones y consenso	6
6.	Recomendaciones y síntesis de evidencia	7
6.1	¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos sin factores de riesgo?	10
	Pautas o recomendaciones	10
	Síntesis de evidencia	11
6.2	¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos con factores de riesgo?	12
	Pautas o recomendaciones	12
	Síntesis de evidencia	13
6.3	¿Cuáles son los métodos de tamizaje recomendados para cáncer colorrectal y con qué frecuencia se deben realizar?	14
	Pautas o recomendaciones	14
	Síntesis de evidencia	14
7.	Recomendaciones de implementación.....	17
8.	Bibliografía.....	22
9.	Anexos	15
9.1	Anexo 1. Reportes de búsqueda de evidencia en bases electrónicas de datos.	15

9.2	Anexo 2. Diagrama PRISMA: flujo de la búsqueda, tamización y selección de estudios.....	17
9.3	Anexo 3. Calificación AGREE II.....	18
1.	GPC	18
9.4	Anexo 4. Herramienta de extracción de datos.....	19
1.	PERU 2024. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención	19
2.	CANCER COUNCIL 2023. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection, and management of colorectal cancer: Population screening	23
3.	ARGENTINA 2022. Recomendaciones para el tamizaje organizado de Cáncer Colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina .	25
9.5	Anexo 5. Tipos de gradación de las recomendaciones según las GPC incluidas	26
1.	PERU 2024. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención(12)	26
2.	CANCER COUNCIL 2023. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection, and management of colorectal cancer: Population screening	27
3.	ARGENTINA 2022. Recomendaciones para el tamizaje organizado de Cáncer Colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina .	28
9.6	Anexo 6. Declaración de conflicto de interés e información del proceso de revisión y consenso.....	29

Índice de tablas

Tabla 1.	Número de usuarios con diagnóstico de Cáncer de colon en las compañías del grupo Keralty.	2
Tabla 2.	Búsqueda de guías de práctica clínica en países Keralty	6
Tabla 3.	PERU 2024. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención	7
Tabla 4 .	Criterios de seguimiento para personas de riesgo promedio con hallazgos anormales en colonoscopia(14).	15
Tabla 5.	Porcentaje de acuerdo de las recomendaciones incluidas en el documento	30
Tabla 6.	Reporte de análisis de intereses y decisiones sobre la conformación del grupo desarrollador	32

Siglas y abreviaturas

GD	Grupo desarrollador
GPC	Guías de práctica clínica
CCR	Cáncer colorrectal
PBP	Punto de buena practica
TSOMFi	Test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico

1. Resumen

Objetivo

Brindar recomendaciones basadas en evidencia y experticia clínica para tamización y detección precoz de cáncer de colorrectal.

Metodología

Se utilizó un enfoque sistemático para elaborar el estándar, siguiendo el manual del Instituto Global para la Excelencia del Cuidado de la Salud Keralty – IGEC-K. Incluyó la formulación de preguntas clínicas clave, una búsqueda sistemática de evidencia en bases de datos como Medline, Embase y TripDatabase, y la selección de guías de práctica clínica (GPC) publicadas en los últimos cinco años. El proceso incorporó un consenso de expertos para establecer recomendaciones que se pudiesen implementar de acuerdo al contexto clínico.

Resultados

De las 638 guías identificadas, 23 fueron evaluadas en texto completo y se incluyeron tres GPC de alta calidad provenientes de Perú (2024), Argentina (2022) y Australia (2023). Con base en la evidencia y recomendaciones reportadas por estas guías, se establecieron pautas para responder tres preguntas principales enfocadas a tamizaje según el riesgo de los pacientes y pruebas específicas según lo anterior.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, tamizaje, prevención, colonoscopia, detección precoz, guías de práctica clínica.

2.Introducción

El cáncer se considera una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Su diagnóstico, pronóstico y carga del tratamiento, representa un fuerte impacto en la calidad de vida de las personas y familias que lo padecen. A medida que las poblaciones envejecen y adoptan hábitos de vida que incrementan el riesgo, se prevé que el número de casos y muertes por cáncer aumente, generando mayor carga de la enfermedad, con deterioro del bienestar de las personas y aumento de los costos en salud(1).

Según el Observatorio Mundial de Cáncer, para 2022 se estimó una prevalencia de 626 casos de cáncer por cada 100,000 habitantes en un período de cinco años y se posicionó como la segunda causa de muerte. El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más común en el mundo, con 1.9 millones de casos y 904,000 muertes en 2022 (2,3). La incidencia varía considerablemente entre regiones, con mayores tasas en países desarrollados, aunque está aumentando en naciones en desarrollo debido a la adopción de estilos de vida occidentales, que incluyen dietas ricas en grasas y carnes procesadas, sedentarismo y tabaquismo(4).

En Colombia, el CCR es la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres, según el Instituto Nacional de Cancerología(5). En 2020, se reportaron aproximadamente 10,000 casos nuevos y más de 4,700 muertes asociadas(6). La incidencia y mortalidad han mostrado un incremento progresivo en las últimas décadas, lo que evidencia la necesidad urgente de implementar estrategias eficaces de prevención y tamizaje a nivel nacional(7).

En Keralty se ha proporcionado atención y cuidado a aproximadamente 164,808 personas en el mundo diagnosticadas con cáncer para el año 2023, lo que representa una prevalencia institucional del 2.30%. En la Tabla 1 se presentan los datos desglosados por las diferentes compañías que forman parte del grupo.

Tabla 1. Número de usuarios con diagnóstico de Cáncer de colon en las compañías del grupo Keralty.

	Keralty global	Colombia EPS	Medicina prepagada	USA Keralty	Perú EPS
Total	164,808	129,117	19,904	14,238	1,549
Colon	9,981	7,714	1,076	1,031	160

**datos actualizados a diciembre de 2023*

Fuente: Tablero de cronicidad Global Keralty. Don José, Modelo de Gestión Poblacional

La supervivencia, progresión y pronóstico del cáncer dependen de múltiples determinantes entre los que se incluyen aspectos biológicos, individuales, genéticos, sociales y de acceso a servicios de salud. En este contexto, el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico juega un papel fundamental en el éxito del tratamiento. La implementación de programas de tamizaje personalizados, ajustados según el riesgo de las personas susceptibles, se considera como una estrategia que puede resultar en mejores resultados en salud, proveyendo bienestar y optimización de los recursos en salud(8).

Los programas de tamizaje, mediante la detección temprana o de lesiones precursoras, pueden ser efectivos para reducir el número de muertes atribuibles al cáncer, mejorar los desenlaces clínicos y disminuir los costos de tratamiento. La evidencia científica actual sugiere que, mediante el tamizaje, es posible prevenir hasta el 68% de las muertes por CCR(9). Sin embargo, las tasas de participación en los programas de tamizaje en muchas regiones, incluida Colombia, siguen siendo subóptimas, con barreras como la falta de conocimiento, el acceso limitado a servicios de salud y el miedo al diagnóstico(10).

El presente documento nace de la necesidad de compilar y reportar la evidencia más actualizada sobre las recomendaciones de tamizaje de cáncer CCR, debido a que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global como en las empresas de Keralty, es imperativo que los profesionales de la salud cuenten con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para llevar a cabo prácticas de detección temprana.

3. Objetivo

Brindar recomendaciones basadas en evidencia y experticia clínica para tamización y detección precoz de cáncer de colorrectal.

4. Alcance

4.1 Población

Personas de 18 años o más.

4.2 Aspecto

Tamización.

4.3 Usuarios

Personal de la salud involucrado en la atención de personas adultas en los diferentes niveles de atención en salud. Incluye auxiliares y profesionales de enfermería, medicina general, especialistas en medicina familiar, medicina interna, gastroenterología y coloproctología.

4.4 Ámbitos de aplicación

Atención primaria en salud.

4.5 Grupo desarrollador (GD)

El grupo desarrollador del estándar de práctica clínico fue conformado por expertos clínicos especialistas en medicina interna, medicina familiar, gastroenterología, oncología y profesionales en epidemiología.

5. Metodología

El presente estándar de práctica clínica fue elaborado con base en el Manual para la elaboración de estándares de práctica clínica basados en evidencia del Instituto Global de Excelencia para el Cuidado de la Salud – Keralty.

5.1 Formulación de preguntas clínicas

El grupo desarrollador definió el alcance, objetivos y preguntas clínicas de interés, las cuales se listan a continuación:

1. ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos sin factores de riesgo?
2. ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos con factores de riesgo?
3. ¿Cuáles son los métodos de tamizaje recomendados para cáncer colorrectal y con qué frecuencia se deben realizar?

5.2 Identificación de la evidencia

La identificación de evidencia partió de una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) en sitios recopiladores y desarrolladores de GPC y bases de datos médicas (Tripdatabase, Epistemonikos, Lilacs, Medline y Embase), utilizando los términos "Colon", "Cancer", "Screening", "Guidelines", teniendo en cuenta documentos publicados en los últimos 5 años en idioma inglés y español. A partir de la búsqueda se identificaron 638 documentos de los cuales 23 fueron evaluados en texto completo (Ver Anexo 1), se seleccionaron nueve GPC que fueron evaluadas en su calidad metodológica e independencia editorial con el instrumento AGREE II, tres de ellas fueron incluidas en la síntesis de evidencia (Ver Anexo 2).

De manera complementaria se realizó una búsqueda manual con el fin de encontrar guías de práctica clínica publicadas en los países donde Keralty tiene participación para incluir sus lineamientos y recomendaciones, la tabla 2 se muestran los resultados de esta búsqueda:

Tabla 2. Búsqueda de guías de práctica clínica en países Keralty

PAISES KERALTY	GPC	AÑO	RESULTADO
España	Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018	2018	Guía desactualizada
Colombia	Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto	2013	Guía desactualizada
Perú	Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención	2024	Incluida
Brasil	Sin resultados		
Estados Unidos	Colorectal Cancer Screening NCCN	2024	Baja calificación AGREE II
	Screening for Colorectal Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement	2021	Baja calificación AGREE II
México	Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto no Hereditario en Adultos en Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención	2010	Guía desactualizada
	Guías de prevención y manejo endoscópico del cáncer colorrectal	2016	Guía desactualizada
Venezuela	Sin resultados		
Puerto Rico	Sin resultados		
República Dominicana	Sin resultados		

Fuente: Elaboración propia

5.3 Construcción de las recomendaciones y consenso

El grupo desarrollador identificó y analizó las recomendaciones de las GPC seleccionadas, y planteó las pautas/recomendaciones de cuidado con potencial aplicación en los diferentes contextos de las empresas de Keralty. Todas las recomendaciones fueron revisadas y consensuadas con el grupo desarrollador por medio de consenso de expertos.

6.Recomendaciones y síntesis de evidencia

Como resultado del proceso de búsqueda se encontraron 23 documentos publicados de los cuales se incluyeron 9 guías de práctica clínica publicadas en los últimos 5 años, luego de realizar la calificación mediante la escala AGREE II, para la síntesis de evidencia y redacción de pautas o recomendaciones, se incluyeron las 3 guías de práctica clínica más recientes que obtuvieron un puntaje mayor al 80% en los dominios 3 y 6 de la herramienta de calificación (Anexo 4). Teniendo en cuenta la búsqueda de GPC en países Keralty, se incluyó la guía publicada en Perú en el año 2024 (Tabla 3).

Tabla 3. PERU 2024. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
Pregunta 1. En adultos menores de 45 años, asintomáticos, de población general, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos menores de 45 años, asintomáticos, de población general y sin factores de riesgo para el desarrollo de CCR, sugerimos no brindar tamizaje de CCR.	Tipo de recomendación: Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Muy Baja (+ooo)
	Durante la anamnesis, indague sobre la presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado. • Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa). • Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]). • Antecedente personal de pólipos adenomatosos 	PBP
Pregunta 2. En adultos de 45 a 75 años, asintomáticos, de población general, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos de 45 a 75 años, asintomáticos, de población general, evalúe el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal mediante calculadoras validadas como la calculadora Qcancer®, la cual calcula el riesgo de desarrollar esta neoplasia a 15 años. Esta herramienta fue validada en otras poblaciones y es factible de emplear ya que requiere de datos clínicos que pueden ser obtenidos en la consulta (edad, sexo, etnia, consumo de tabaco, consumo de alcohol, índice de masa corporal, historia familiar de neoplasias gastrointestinales, historia personal de neoplasias y comorbilidades). Está disponible en: https://qcancer.org/15yr/colorectal/ .	PBP

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
	En adultos de 45 a 75 años asintomáticos de población general, cuyo riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) a 15 años sea menor de 3%, sugerimos que la decisión sea individualizada teniendo en cuenta las preferencias de la persona luego de ser informada sobre los potenciales beneficios y daños para el grado de riesgo de CCR que actualmente presenta.	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (++oo)
	En adultos de 45 a 75 años asintomáticos de población general, cuyo riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) a 15 años sea mayor o igual a 3%, sugerimos brindar el tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) ya que tendrían beneficios relevantes al someterse al tamizaje	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (++oo)
	Respecto a qué prueba utilizar para realizar el tamizaje, realice el tamizaje con alguna de las siguientes pruebas según la disponibilidad y preferencias de la persona, teniendo en cuenta que cualquiera de las pruebas debería poder ser una opción inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia en una oportunidad • Sigmoidoscopia flexible en una oportunidad • Prueba de sangre oculta en heces cada año o cada dos años • Prueba de inmunoquímica fecal cada año o cada dos años En el primer nivel de atención, si se decide realizar de forma inicial el tamizaje con la prueba de sangre oculta en heces o la prueba de inmunohistoquímica fecal y alguna de estas pruebas resulta positiva, derive al establecimiento de mayor complejidad para realizar el tamizaje con colonoscopia. Si no es factible realizar la colonoscopia, opte por realizar la sigmoidoscopia flexible.	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor de alguna de las pruebas Certeza de la evidencia: Baja (++oo)
	En caso se utilice la prueba de inmunoquímica fecal, considerar el siguiente punto de corte: 20 µg Hb/g (en base a los estudios que se han incluido para la pregunta). A partir del cual, resultados mayores a dicho valor se consideran positivos.	PBP
Pregunta 3. En adultos mayores de 75 años, asintomáticos, y de población general, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos mayores de 75 años, asintomáticos, y de población general, sugerimos no brindar el tamizaje de CCR, sobre todo si son adultos mayores de 80 años pues en ellos se desconocen los beneficios del tamizaje. Sin embargo, la decisión puede ser individualizada teniendo en cuenta los valores y preferencias de las personas, la aceptabilidad y tolerabilidad a las pruebas diagnósticas que se le ofrezca, la expectativa de vida y el estado de salud.	Tipo de recomendación: Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Baja (++oo)

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
	Considere los siguientes criterios para que una persona mayor de 75 años pueda ser candidata al tamizaje de CCR, luego de informar y valorar los potenciales beneficios y daños: <ul style="list-style-type: none"> • Personas sin tamizaje previo podrían beneficiarse del tamizaje. • Personas con expectativa de vida mayor a 10 años podrían beneficiarse del tamizaje. 	PBP
Pregunta 4. En adultos asintomáticos, con algún factor de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos asintomáticos, con alguno de los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal, sugerimos brindar el tamizaje de CCR con colonoscopia: <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado. • Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa) • Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]) • Antecedente personal de pólipos adenomatosos 	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy Baja (+ooo)
	En adultos asintomáticos con historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado, considere iniciar el tamizaje con colonoscopia a los 40 años o 10 años antes de la edad más temprana del diagnóstico del familiar (el que ocurra primero) y brindarlo con la siguiente frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 5 años y, en caso sea positiva, repetir la colonoscopia según hallazgos. 	PBP
	En adultos asintomáticos con antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa), considere iniciar el tamizaje con colonoscopia 8 años después del inicio de los síntomas y brindarlo con la siguiente frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 1 año en personas con colangitis esclerosante primaria, inflamación activa, o historia familiar de cáncer colorrectal antes de los 50 años. • Cada 2 a 3 años en personas en los que no se encuentre inflamación activa. Además, al momento de realizar la colonoscopia considere que, en este grupo, el riesgo de perforación intestinal puede ser importante.	PBP
	En adultos asintomáticos con antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar, cáncer	PBP

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
	colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]), considere iniciar el tamizaje con colonoscopia a los 20 a 25 años o 2 a 5 años antes de la edad a la que fue diagnosticado con CCR el familiar más joven, si el diagnóstico de éste fue antes de los 25 años, y brindarlo con la siguiente frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 1 a 2 años. 	
	En adultos asintomáticos con antecedente personal de pólipos adenomatosos, consulte con un gastroenterólogo la edad de inicio y frecuencia de tamizaje.	PBP
	En todos los grupos de riesgo, considere que la prueba de tamizaje a brindar es la colonoscopia, ya que si bien se ha descrito un estudio que compara la capacidad de detección de la colonoscopia con la prueba inmunoquímica fecal, los resultados aún no son concluyentes y se desconocen los efectos en desenlaces clínicos.	PBP

Tomado de: Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención. 2024.

6.1 ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos sin factores de riesgo?

Pautas o recomendaciones

- Recomendación 1. Se recomienda realizar tamizaje para CCR en adultos asintomáticos sin factores de riesgo, iniciando a los 45 años hasta los 75 años de edad (11-13).
- Recomendación 2. Se recomienda registrar en la anamnesis los antecedentes de riesgo como(12):
 - ✓ Historia familiar de cáncer colorrectal o adenoma avanzado.
 - ✓ Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn o colitis ulcerativa) o de pólipos adenomatosos.
 - ✓ Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no poliposo hereditario).
- Recomendación 3. No se recomienda realizar tamizaje de rutina en adultos mayores de 75 años. En situaciones clínicas específicas donde se considere, la decisión debe ser individualizada, basada en la expectativa de vida, el estado funcional y el balance riesgo-beneficio de continuar el tamizaje (11-13).

Síntesis de evidencia

- **Adultos asintomáticos menores de 45 años**

Dos de las GPC incluidas incluyen recomendaciones sobre el tamizaje para CCR en adultos asintomáticos menores de 45 años y sin factores de riesgo, las cuales coinciden en no recomendar el tamizaje en esta población ya que no brinda un beneficio adicional (11,12)(Tipo de recomendación: Recomendación condicional en contra, certeza de la evidencia: Muy Baja (+ooo)(12)). Sin embargo, la guía peruana recomienda indagar la presencia de factores de riesgo como (PBP)(12):

- Historia familiar de cáncer colorrectal o adenoma avanzado.
- Antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn o colitis ulcerativa) o de pólipos adenomatosos.
- Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no poliposo hereditario).

- **Adultos asintomáticos de 45 a 75 años**

Las tres guías incluidas recomiendan realizar el tamizaje para CCR en población asintomática sin factores de riesgo de 50 a 75 años de edad (11–13)(Moderada calidad de la evidencia, nivel de recomendación fuerte a favor(13)), sin embargo, a pesar de que las guías recomiendan el inicio del tamizaje a los 45 años(11,12), la guía Argentina recomienda no realizarlo en el rango de edad de 45 a 49 años (Baja calidad de la evidencia, nivel de recomendación condicional en contra de la opción(13)).

En este rango de edad se recomienda el tamizaje ya que brinda beneficios relevantes al realizar el tamizaje (Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (++oo)(12)) y en aquellos con riesgo de CCR a 15 años menor al 3% la GPC peruana recomienda hacer un balance de daño y beneficio para tomar una decisión individualizada teniendo en cuenta las preferencias de cada persona.

- **Adultos asintomáticos mayores de 75**

Para personas mayores de 75 años las guías recomiendan realizar un análisis de daños y beneficios (PBP)(11) para tomar decisiones individualizadas, teniendo en cuenta valores, preferencias, aceptabilidad y tolerabilidad de las pruebas, expectativa de vida y estado de salud, ya que se desconocen los beneficios del tamizaje en esta(12) población(Tipo de recomendación: Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Baja (++oo)(12)), además, la guía peruana recomienda tener en cuenta como candidatos:

- Personas sin tamizaje previo que podrían beneficiarse de las pruebas a ofrecer
- Personas con expectativa de vida mayor a 10 años que pueden beneficiarse del tamizaje

Por su parte, la guía realizada en Argentina recomienda no realizar tamizaje a adultos mayores de 75 años (Baja calidad de la evidencia, nivel de recomendación condicional en contra de la opción)(13).

6.2 ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos con factores de riesgo?

Pautas o recomendaciones

- Recomendación 4. En caso de antecedente familiar de primer grado con diagnóstico cáncer colorrectal, se recomienda iniciar el tamizaje a los 40 años o 10 años antes de la edad más temprana del diagnóstico y luego con una frecuencia de cada 5 años en casos sin hallazgos en la colonoscopia basal (Opinion de expertos).
- Recomendación 5. En presencia de otros antecedentes, se recomienda consultar guías de práctica clínica específicas de cada condición (Opini3n de expertos).
- Recomendaci3n 6. Para personas asintomáticas con antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa), se recomienda realizar el tamizaje 8 años despu3s del inicio de los s3ntomas y a partir de all3 (12):
 - Cada a3o en personas con colangitis esclerosante primaria, inflamaci3n activa o antecedente familiar de c3ncer colorrectal antes de los 50 a3os (12).
 - Cada 2 a 3 a3os en personas en quienes no se encuentre inflamaci3n activa (12).
- Recomendaci3n 7. Para personas con antecedente alg3n s3ndrome de c3ncer hereditario, se sugiere considerar el inicio del tamizaje con colonoscopia a los 20 a 25 a3os o 2 a 5 a3os antes de la edad a la que fue diagnosticado el familiar m3s joven, si el diagn3stico fue realizado antes de los 25 a3os realizar el tamizaje cada 1 a 2 a3os (PBP)(12).
- Recomendaci3n 8. En personas asintomáticas con antecedente personal de p3lipos adenomatosos el gastroenter3logo determinara la edad de inicio y la frecuencia del tamizaje (PBP)(12).

Síntesis de evidencia

La guía peruana publicada en 2024 emite recomendaciones sobre el tamizaje en adultos asintomáticos con factores de riesgo, si la persona tiene alguno de los antecedentes reportados en la pregunta 3.1, se sugiere brindar el tamizaje de CCR con colonoscopia (Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor, Certeza de la evidencia: Muy Baja (+ooo)(12))

Adicionalmente, recomiendan iniciar el tamizaje a los 40 años o 10 años antes de la edad más temprana del diagnóstico familiar (lo que ocurra primero) y brindarlo cada 5 años y en caso de que sea positivo repetirla según hallazgos (PBP)(12).

Para personas asintomáticos con antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa), la guía peruana recomienda iniciar el tamizaje con colonoscopia 8 años después del inicio de los síntomas (teniendo en cuenta que el riesgo de perforación intestinal puede ser importante (PBP)(12)) y a partir de allí:

- Cada año en personas con colangitis esclerosante primaria, inflamación activa o antecedente familiar de cáncer colorrectal antes de los 50 años
- Cada 2 a 3 años en personas en quienes no se encuentre inflamación activa.

Las personas con antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario, sugieren considerar el inicio del tamizaje con colonoscopia a los 20 a 25 años o 2 a 5 años antes de la edad a la que fue diagnosticado el familiar más joven, si el diagnóstico fue realizado antes de los 25 años realizarlo cada 1 a 2 años (PBP)(12), mientras que para los personas asintomáticos con antecedente personal de pólipos adenomatosos el gastroenterólogo determinara la edad de inicio y frecuencia del tamizaje (PBP)(12).

6.3 ¿Cuáles son los métodos de tamizaje recomendados para cáncer colorrectal y con qué frecuencia se deben realizar?

Pautas o recomendaciones

- Recomendación 9. En adultos de riesgo promedio (asintomáticos sin factores de riesgo) se recomienda implementar el tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) con colonoscopia de tamizaje basal. La periodicidad de la colonoscopia depende de la calidad de la preparación, número y tamaño de pólipos y hallazgos histológicos (Opinión de expertos).
- Recomendación 10. En adultos de riesgo promedio sin hallazgos en la colonoscopia de tamizaje basal se sugiere realizar seguimiento cada 10 años garantizando los criterios de calidad de la colonoscopia (Opinión de expertos).
- Recomendación 11. En adultos de riesgo promedio con hallazgos en la colonoscopia de tamizaje basal se sugiere realizar seguimiento siguiendo la tabla 4(14).
- Recomendación 12. A nivel poblacional, con el objetivo de detección temprana de cáncer colorrectal, se recomienda realizar prueba de sangre oculta en materia fecal (FIT) de alta sensibilidad cada dos años (Opinión de expertos).
- Recomendación 13. En personas con factores de riesgo se recomienda el iniciar el tamizaje para CCR con colonoscopia (12).
- Recomendación 14. Se recomienda realizar colonoscopia prioritaria en caso de obtener un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces por cualquiera de las técnicas utilizadas (11,12).
- Recomendación 15. No se recomienda la realización de sigmoidoscopia flexible a menos que sea la única opción disponible (11).

Síntesis de evidencia

Según la disponibilidad de las pruebas y preferencias de cada persona, la guía peruana recomienda cualquiera de estas pruebas como opción inicial (Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor de alguna de las pruebas
Certeza de la evidencia: Baja (++oo)) (12):

- Prueba de inmunoquímica fecal cada año o cada dos años
- Prueba de sangre oculta en heces cada año o cada dos años
- Colonoscopia en una oportunidad
- Sigmoidoscopia flexible en una oportunidad

Por su parte, las guías de Argentina y Australia recomiendan el TSOMFi (test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico) como método de tamizaje inicial para CCR con frecuencia bienal (Baja calidad de la evidencia, nivel de recomendación condicional a favor(13)) (fortaleza: débil(11)) y la guía australiana no recomienda la sigmoidoscopia flexible como prueba de tamizaje inicial en la población con riesgo promedio (fortaleza: débil) (11).

Asimismo las guías de Perú y Australia recomiendan que en caso de realizar inicialmente la prueba de sangre oculta en heces o la prueba de inmunohistoquímica fecal y obtener un resultado positivo, se debe remitir al persona a una institución de mayor complejidad para complementar el tamizaje con colonoscopia o en caso de no estar disponible, realizar sigmoidoscopia flexible (Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor de alguna de las pruebas, Certeza de la evidencia: Baja (++))(12)), a su vez, para interpretar los resultados de la prueba de inmunohistoquímica fecal, recomienda considerar 20 µg Hb/g como punto de corte, a partir del cual se interpreta el resultado como positivo (PBP)(12) y realizar la prueba dentro de los 120 días posteriores al día en que se obtuvo el resultado positivo de la prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces para minimizar el avance de la enfermedad en caso que haya cáncer (PBP)(11).

Además, para personas con factores de riesgo, se debe priorizar la colonoscopia, ya que no se han reportado resultados superiores en la capacidad de detección de otras pruebas (PBP)(12).

De manera complementaria, se incluyeron los criterios de seguimiento de la Guía Colombiana De Práctica Clínica Para El Tamizaje De Cáncer Colorrectal Adultos: Actualización 2025 en la que se reportan los criterios de tamizaje para personas de riesgo promedio con hallazgos en la colonoscopia (Tabla 4.)(14).

Tabla 4 . Criterios de seguimiento para personas de riesgo promedio con hallazgos anormales en colonoscopia(14).

<p>En pacientes con una colonoscopia anormal, se recomienda repetir la prueba según los hallazgos, como se establece a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En pacientes con uno o dos adenomas tubulares de <10 mm de tamaño, completamente extirpados mediante un examen de alta calidad, se recomienda repetir la colonoscopia en 7 a 10 años. 2. En pacientes con 3 o 4 adenomas tubulares de <10 mm de tamaño, completamente extirpados mediante un examen de alta calidad, se debe repetir la colonoscopia en 3 a 5 años. 3. En pacientes con 5 a 10 adenomas tubulares <10 mm de tamaño, completamente extirpados mediante un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia a los 3 años.

4. En pacientes con uno o más adenomas ≥ 10 mm extirpados completamente mediante un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia a los 3 años.
5. En pacientes con adenoma con histología vellosa completamente extirpado mediante un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia a los 3 años.
6. En pacientes con adenoma con displasia de alto grado, completamente extirpado mediante un examen de alta calidad, se recomienda repetir la colonoscopia a los 3 años.
7. En pacientes con más de 10 adenomas completamente extirpados mediante un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia al año.
8. En pacientes con ≤ 20 pólipos hiperplásicos (HP) de < 10 mm de tamaño en el recto o colon sigmoide extirpados mediante un examen de alta calidad, repetir el cribado de CCR en 10 años.
9. Para pacientes con ≤ 20 HP de < 10 mm de tamaño proximal al colon sigmoide extirpados en un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia en 10 años.
10. En pacientes con 1 o 2 pólipos serrados sésiles (SSP) de < 10 mm de tamaño completamente extirpados mediante un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia en 5 a 10 años.
11. En pacientes con adenoma serrado tradicional (TSA) completamente extirpado mediante un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia a los 3 años.
12. En pacientes con 3-4 SSP < 10 mm en un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia en 3-5 años.
13. Para pacientes con cualquier combinación de 5 a 10 SSP < 10 mm en un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia en 3 años.
14. En pacientes con SSP ≥ 10 mm en un examen de alta calidad, repetir la colonoscopia a los 3 años.
15. En pacientes con HP ≥ 10 mm, repetir la colonoscopia en 3 a 5 años. Se recomienda un seguimiento de 3 años si existe preocupación por la consistencia del patólogo al distinguir entre SSP y HP, la calidad de la preparación intestinal o la escisión completa del pólipo. Adicionalmente, se recomienda un seguimiento de 5 años si existe poca preocupación por la consistencia del patólogo al distinguir entre SSP y HP, la preparación intestinal es adecuada y se confirma la escisión completa del pólipo.
16. En el caso de pacientes con antecedentes de extirpación de adenoma al inicio y con una colonoscopia posterior, las recomendaciones para la vigilancia posterior deben tener en cuenta los hallazgos previos.

Tomado de: Páramo Hernández, D. B. (2025). Presentación de la guía colombiana de práctica clínica para el tamizaje de cáncer colorrectal adultos: actualización 2025(14).

7.Recomendaciones de implementación

Se recomienda que la implementación de las recomendaciones se adapte al contexto específico de cada empresa y país dentro de Keralty. Cada empresa y país lidera la adopción de los documentos de estandarización, garantizando su aplicación conforme a las normativas, necesidades y recursos disponibles en su entorno.

La implementación de este estándar podría impactar diversos indicadores, incluyendo aquellos relacionados con la eficiencia en la selección de personas que requieren atenciones específicas. Esto contribuiría a la reducción del riesgo de eventos adversos o condiciones graves, así como a un uso más adecuado de los recursos disponibles, como la asignación de camas hospitalarias y la duración de la estancia en observación o en servicios de urgencias. Además, su aplicación podría generar efectos positivos en indicadores económicos y de impacto en la gestión de la atención en salud.

Dimensión	Pregunta	Descripción de la recomendación	Indicadores	Interpretación del indicador
TAMIZACIÓN	6.1 ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos sin factores de riesgo?	Recomendación 1. Se recomienda realizar tamizaje para CCR en adultos asintomáticos sin factores de riesgo, iniciando a los 45 años hasta los 75 años de edad.	Adherencia a la recomendación Definición: Porcentaje de adultos entre 45 y 75 años en quienes se ha realizado el tamizaje para cáncer colorrectal según la prueba definida por el estándar. Numerador: Número de adultos entre 45 y 75 años que cuentan con un tamizaje vigente para cáncer colorrectal.	El cumplimiento de la realización del tamizaje para cáncer colorrectal en los adultos dentro de los rangos de edad y la frecuencia recomendados por este estándar.

Dimensión	Pregunta	Descripción de la recomendación	Indicadores	Interpretación del indicador
			<p>Denominador: Número total de adultos entre 45 y 75 años.</p> <p>Coefficiente de multiplicación: 100</p>	
	<p>6.1 ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos sin factores de riesgo?</p>	<p>Recomendación 2. Se recomienda registrar en la anamnesis los antecedentes de riesgo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia familiar de cáncer colorrectal o adenoma avanzado. -Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn o colitis ulcerativa) o de pólipos adenomatosos. -Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no poliposo hereditario). 	<p>Adherencia a la recomendación</p> <p>Definición Porcentaje de adultos evaluados en quienes se registran en la anamnesis los antecedentes personales y familiares de riesgo para cáncer colorrectal definidos en el estándar.</p> <p>Numerador Número de adultos en quienes se documenta en la historia clínica el registro completo de los antecedentes de riesgo establecidos (familiares, personales y síndromes hereditarios).</p> <p>Denominador Número total de adultos atendidos en quienes corresponde realizar anamnesis (consulta</p>	<p>Proporción de pacientes en quienes se cumple el registro adecuado y completo de los antecedentes de riesgo para cáncer colorrectal, según lo establecido por el estándar.</p>

Dimensión	Pregunta	Descripción de la recomendación	Indicadores	Interpretación del indicador
			preventiva, consulta de valoración de riesgo o equivalente). Coficiente de multiplicación: 100	
TAMIZACIÓN	6.2 ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos con factores de riesgo?	Recomendación 4. En caso de antecedente familiar de primer grado con diagnóstico cáncer colorrectal, se recomienda iniciar el tamizaje a los 40 años o 10 años antes de la edad más temprana del diagnóstico y luego con una frecuencia de cada 5 años en casos sin hallazgos en la colonoscopia basal	Adherencia a la recomendación Definición Porcentaje de adultos con antecedente familiar de primer grado con cáncer colorrectal que inician y realizan el tamizaje según la edad recomendada (40 años o 10 años antes del caso familiar) y con la periodicidad establecida (cada 5 años en colonoscopias sin hallazgos). Numerador Número de adultos con antecedente familiar de primer grado con cáncer colorrectal que tienen un tamizaje iniciado a la edad recomendada y con seguimiento dentro de la periodicidad indicada. Denominador	Proporción de pacientes con antecedente familiar de alto riesgo que cumplen con el inicio oportuno y la periodicidad adecuada del tamizaje para cáncer colorrectal, conforme a lo establecido en el estándar.

Dimensión	Pregunta	Descripción de la recomendación	Indicadores	Interpretación del indicador
			Número total de adultos con antecedente familiar de primer grado con cáncer colorrectal identificados en la población atendida. Coficiente de multiplicación: 100	
TAMIZACIÓN	6.3 ¿Cuáles son los métodos de tamizaje recomendados para cáncer colorrectal y con qué frecuencia se deben realizar?	Recomendación 9. En adultos de riesgo promedio (asintomáticos sin factores de riesgo) se recomienda implementar el tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) con colonoscopia de tamizaje basal. La periodicidad de la colonoscopia depende de la calidad de la preparación, número y tamaño de pólipos y hallazgos histológicos (Opinión de expertos).	Adherencia a la recomendación Definición Porcentaje de adultos de riesgo promedio que reciben una colonoscopia de tamizaje basal y continúan el seguimiento con la periodicidad recomendada según los hallazgos (preparación, pólipos y patología). Numerador Número de adultos de riesgo promedio que cuentan con colonoscopia de tamizaje basal registrada y cuyo control subsecuente se realiza dentro de los intervalos de tiempo establecidos según los hallazgos clínicos e histológicos. Denominador	Proporción de adultos de riesgo promedio que cumplen con la colonoscopia inicial y con los intervalos de seguimiento recomendados, según la calidad de la preparación y los hallazgos endoscópicos e histológicos.

Dimensión	Pregunta	Descripción de la recomendación	Indicadores	Interpretación del indicador
			Número total de adultos de riesgo promedio para quienes está indicado el tamizaje con colonoscopia basal. Coficiente de multiplicación: 100	

Fuente: Elaboración propia

8. Bibliografía

1. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends - An update. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* [Internet]. el 1 de enero de 2016 [citado el 2 de octubre de 2024];25(1):16–27. Disponible en: [/cebp/article/25/1/16/157144/Global-Cancer-Incidence-and-Mortality-Rates-and](#)
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. mayo de 2021 [citado el 16 de septiembre de 2024];71(3):209–49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>
3. World Health Organization. *Cancer Today* [Internet]. 2022 [citado el 2 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/en>
4. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut* [Internet]. el 1 de abril de 2017 [citado el 16 de septiembre de 2024];66(4):683–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26818619/>
5. Instituto Nacional de Cancerología. *Cáncer en cifras - Instituto Nacional de Cancerología* [Internet]. 2021 [citado el 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/medios-comunicacion-1/multimedia/destacados/cancer-cifras-1>
6. GLOBOCAN. *Cancer Today* [Internet]. 2022 [citado el 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
7. Instituto Nacional de Cancerología. *Diagnóstico y Tratamiento - Instituto Nacional de Cancerología* [Internet]. 2020 [citado el 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/portafolio-1/unidades-funcionales-1/gastroenterologia-oncologica/diagnostico-tratamiento>
8. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *Minnesota Colon Cancer Control Study*. *N Engl J Med* [Internet]. el 13 de mayo de 1993 [citado el 19 de octubre de 2025];328(19):1365–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8474513/>
9. Ladabaum U, Dominitz JA, Kahi C, Schoen RE. Strategies for Colorectal Cancer Screening. *Gastroenterology* [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 16 de septiembre de 2024];158(2):418–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31394083/>
10. Alfonso Márquez-Ustariz, Silvia Guerrero-Macías, Rodrigo Burgos-Sánchez, Jorge Campillo-Pardo, Ada Bustos-Guerrero, Mauricio García-Mora, et al.

Actualización en la tamización del cáncer colorrectal. Revista Colombiana de Cancerología. julio de 2023;27(Supl 3):291–300.

11. Goulding M. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection, and management of colorectal cancer: Population screening Main editor Cancer Council Australia. 2023.
12. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención. 2024.
13. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud Argentina. Recomendaciones para el tamizaje organizado de Cáncer Colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina. 2022;
14. Páramo Hernández DB. Presentación de la guía colombiana de práctica clínica para el tamizaje de cáncer colorrectal adultos: actualización 2025. Rev Colomb Gastroenterol. el 10 de noviembre de 2025;40(Supl. 2):1–2.

9. Anexos

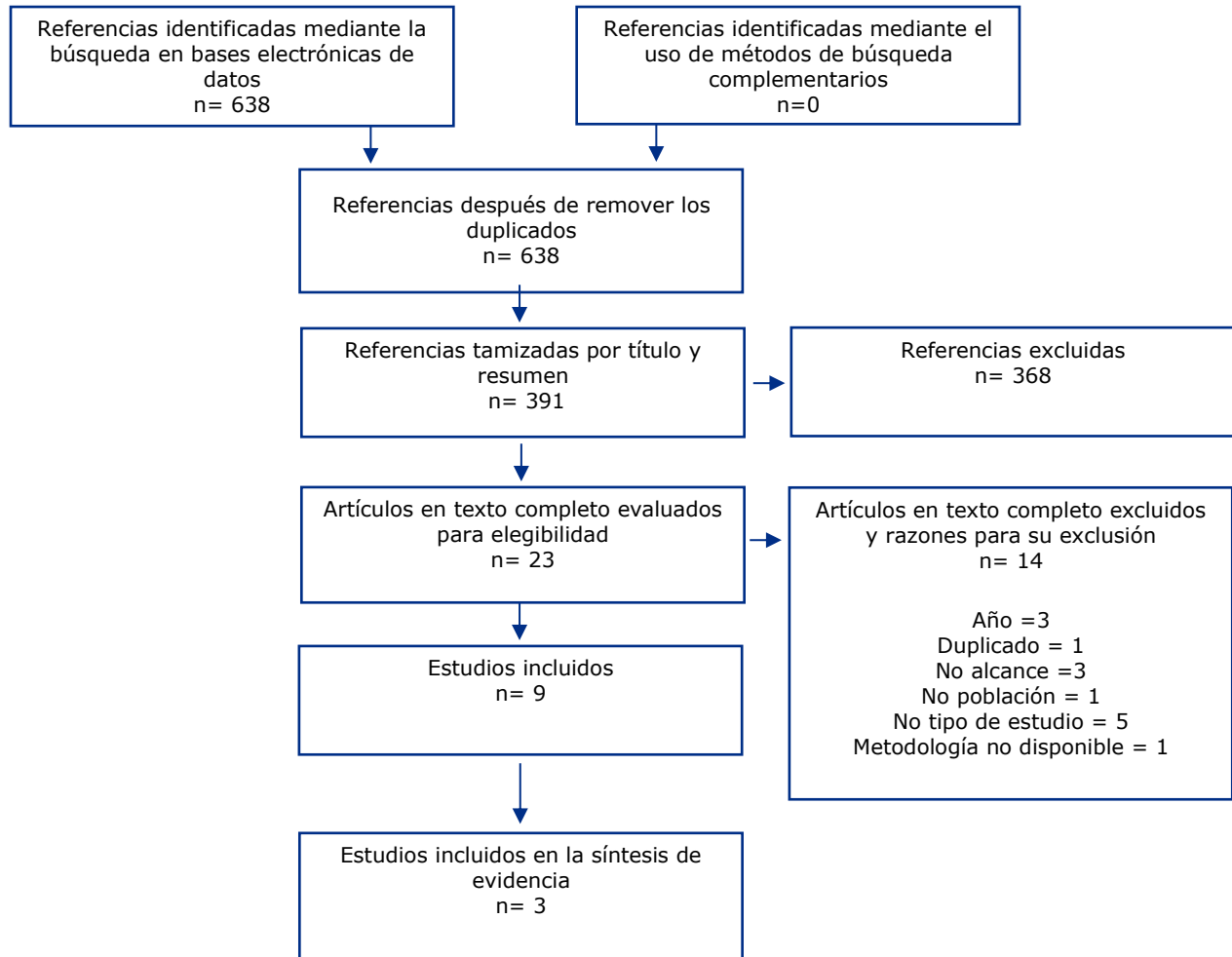
9.1 Anexo 1. Reportes de búsqueda de evidencia en bases electrónicas de datos.

Desarrollador	Palabras clave	Resultados
Organismos compiladores de GPC		
Guidelines International Network	Colon cáncer screening	6
CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines	Colon cáncer screening	4
Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Español	Tamizacion/Tamizaje cáncer colon	0
Organismos desarrolladores de GPC		
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	Tamizacion/Tamizaje cáncer colon	0
Ministerio de Salud de Chile	Tamizacion/Tamizaje cáncer colon	1
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México	Tamizacion/Tamizaje cáncer colon	0
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	Colon cáncer screening	10
Scottish Intercollegiate Network	Colon cáncer screening	0
New Zealand Guidelines Group	Colon cáncer screening	17
American College of Physicians	Colon cáncer screening	1
WHO guidelines	Colon cáncer screening	0
Bases de datos médicas		
Trip Database	Colon cáncer guidelines	2
Epistemonikos	Colon cancer screening AND guidelines	18
Lilacs	("cáncer") AND ("colon") AND ("tamizaje") AND ("guía de practica clinica") (Filtros: Guia de practica clinica, Últimos 5 años, Idioma: Inglés, Español)	38
Medline	((cancer screening[MeSH Terms]) AND (colon cancer[MeSH Terms])) AND (guidelines[MeSH Terms])	16
Embase	#7 #6 AND (2019:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py) #6 #1 AND #4 AND #5 #5 'clinical practice guideline' #4 #2 OR #3 #3'screening'	10

	#2 'cancer screening' #1 'breast cancer'/exp OR 'breast cancer'	
Páginas de agremiaciones o sociedades científicas relevantes para el tema		
NCCN	Colon cáncer screening	1
ESMO	Colon cáncer screening	0
ASCO	Colon cáncer screening	0
CANCER COUNCIL	Colon cáncer screening	2
ALBERTA HEALTH SERVICES	Colon cáncer screening	0
Google y Scholar	Colon cáncer screening guidelines	512
FECHAS DE BUSQUEDA 26 DE JULIO AL 1 DE AGOSTO 2024	TOTAL	638

Fuente: Elaboración propia

9.2 Anexo 2. Diagrama PRISMA: flujo de la búsqueda, tamización y selección de estudios.



Fuente: Elaboración propia

9.3 Anexo 3. Calificación AGREE II

1. GPC

GPC	Año	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6
Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención	2024	100%	75%	97%	97%	40%	100%
Clinical practice guidelines for the prevention, early detection, and management of colorectal cancer: Population screening	2023	94%	94%	89%	83%	40%	96%
Recomendaciones para el tamizaje organizado de Cáncer Colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina	2022	100%	75%	88%	69%	29%	63%
Screening for Colorectal Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement	2021	92%	42%	79%	86%	35%	83%
Screening for colorectal cancer A recommendation statement of the Austrian National Committee for Cancer Screening	2021	100%	75%	78%	89%	69%	92%
Colorectal Cancer Screening	2024	94%	83%	63%	64%	4%	92%
ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021	2021	64%	33%	71%	89%	40%	58%
Colonoscopy screening and surveillance guidelines	2021	72%	56%	45%	81%	27%	92%
Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the diagnosis treatment and follow-up of patients with localized colon cancer	2021	83%	36%	40%	81%	40%	96%

Fuente: Elaboración propia

9.4 Anexo 4. Herramienta de extracción de datos

1. PERU 2024. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
Pregunta 1. En adultos menores de 45 años, asintomáticos, de población general, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos menores de 45 años, asintomáticos, de población general y sin factores de riesgo para el desarrollo de CCR, sugerimos no brindar tamizaje de CCR.	Tipo de recomendación: Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Muy Baja (+ooo)
	Durante la anamnesis, indague sobre la presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado. • Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa). • Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]). • Antecedente personal de pólipos adenomatosos 	PBP
Pregunta 2. En adultos de 45 a 75 años, asintomáticos, de población general, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos de 45 a 75 años, asintomáticos, de población general, evalúe el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal mediante calculadoras validadas como la calculadora QCancer®, la cual calcula el riesgo de desarrollar esta neoplasia a 15 años. Esta herramienta fue validada en otras poblaciones y es factible de emplear ya que requiere de datos clínicos que pueden ser obtenidos en la consulta (edad, sexo, etnia, consumo de tabaco, consumo de alcohol, índice de masa corporal, historia familiar de neoplasias gastrointestinales, historia personal de neoplasias y comorbilidades). Está disponible en: https://qcancer.org/15yr/colorectal/ .	PBP
	En adultos de 45 a 75 años asintomáticos de población general, cuyo riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) a 15 años sea menor de 3%, sugerimos que la decisión sea individualizada teniendo en cuenta las preferencias de la persona luego de ser informada sobre los potenciales	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
	beneficios y daños para el grado de riesgo de CCR que actualmente presenta.	Certeza de la evidencia: Baja (++oo)
	En adultos de 45 a 75 años asintomáticos de población general, cuyo riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) a 15 años sea mayor o igual a 3%, sugerimos brindar el tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) ya que tendrían beneficios relevantes al someterse al tamizaje	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (++oo)
	Respecto a qué prueba utilizar para realizar el tamizaje, realice el tamizaje con alguna de las siguientes pruebas según la disponibilidad y preferencias de la persona, teniendo en cuenta que cualquiera de las pruebas debería poder ser una opción inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia en una oportunidad • Sigmoidoscopia flexible en una oportunidad • Prueba de sangre oculta en heces cada año o cada dos años • Prueba de inmunoquímica fecal cada año o cada dos años En el primer nivel de atención, si se decide realizar de forma inicial el tamizaje con la prueba de sangre oculta en heces o la prueba de inmunohistoquímica fecal y alguna de estas pruebas resulta positiva, derive al establecimiento de mayor complejidad para realizar el tamizaje con colonoscopia. Si no es factible realizar la colonoscopia, opte por realizar la sigmoidoscopia flexible.	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor de alguna de las pruebas Certeza de la evidencia: Baja (++oo)
	En caso se utilice la prueba de inmunoquímica fecal, considerar el siguiente punto de corte: 20 µg Hb/g (en base a los estudios que se han incluido para la pregunta). A partir del cual, resultados mayores a dicho valor se consideran positivos.	PBP
Pregunta 3. En adultos mayores de 75 años, asintomáticos, y de población general, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos mayores de 75 años, asintomáticos, y de población general, sugerimos no brindar el tamizaje de CCR, sobre todo si son adultos mayores de 80 años pues en ellos se desconocen los beneficios del tamizaje. Sin embargo, la decisión puede ser individualizada teniendo en cuenta los valores y preferencias de las personas, la aceptabilidad y tolerabilidad a las pruebas diagnósticas que se le ofrezca, la expectativa de vida y el estado de salud.	Tipo de recomendación: Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Baja (++oo)
	Considere los siguientes criterios para que una persona mayor de 75 años pueda ser candidata al tamizaje de CCR, luego de informar y valorar los potenciales beneficios y daños:	PBP

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
	<ul style="list-style-type: none"> • Personas sin tamizaje previo podrían beneficiarse del tamizaje. • Personas con expectativa de vida mayor a 10 años podrían beneficiarse del tamizaje. 	
Pregunta 4. En adultos asintomáticos, con algún factor de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal, ¿se debería brindar tamizaje de cáncer colorrectal (CCR)?	En adultos asintomáticos, con alguno de los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal, sugerimos brindar el tamizaje de CCR con colonoscopia: <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado. • Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa) • Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]) • Antecedente personal de pólipos adenomatosos 	Tipo de recomendación: Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy Baja (+ooo)
	En adultos asintomáticos con historia familiar de pariente con cáncer colorrectal o adenoma avanzado, considere iniciar el tamizaje con colonoscopia a los 40 años o 10 años antes de la edad más temprana del diagnóstico del familiar (el que ocurra primero) y brindarlo con la siguiente frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 5 años y, en caso sea positiva, repetir la colonoscopia según hallazgos. 	PBP
	En adultos asintomáticos con antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa), considere iniciar el tamizaje con colonoscopia 8 años después del inicio de los síntomas y brindarlo con la siguiente frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 1 año en personas con colangitis esclerosante primaria, inflamación activa, o historia familiar de cáncer colorrectal antes de los 50 años. • Cada 2 a 3 años en personas en los que no se encuentre inflamación activa. Además, al momento de realizar la colonoscopia considere que, en este grupo, el riesgo de perforación intestinal puede ser importante.	PBP
	En adultos asintomáticos con antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (como poliposis adenomatosa familiar,	PBP

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
	<p>cáncer colorrectal no polipósico hereditario [síndrome de Lynch y relacionados]), considere iniciar el tamizaje con colonoscopia a los 20 a 25 años o 2 a 5 años antes de la edad a la que fue diagnosticado con CCR el familiar más joven, si el diagnóstico de éste fue antes de los 25 años, y brindarlo con la siguiente frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 1 a 2 años. 	
	<p>En adultos asintomáticos con antecedente personal de pólipos adenomatosos, consulte con un gastroenterólogo la edad de inicio y frecuencia de tamizaje.</p>	PBP
	<p>En todos los grupos de riesgo, considere que la prueba de tamizaje a brindar es la colonoscopia, ya que si bien se ha descrito un estudio que compara la capacidad de detección de la colonoscopia con la prueba inmunoquímica fecal, los resultados aún no son concluyentes y se desconocen los efectos en desenlaces clínicos.</p>	PBP

Fuente: Elaboración propia

2. CANCER COUNCIL 2023. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection, and management of colorectal cancer: Population screening

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
Colorectal cáncer screening benefit	The recommended strategy for population screening in Australia, directed at those at average risk of colorectal cancer and without relevant symptoms, is immunochemical faecal occult blood testing every two years, starting at age 45 years and continuing to age 74 years.	Fortaleza: Debil
	The use of flexible sigmoidoscopy as a primary screening test is not recommended for population screening in the average-risk population.	Fortaleza: Debil
	The recommended age range for organised population screening is 45–74 years.	N/A
	Although modelling indicated that it may be cost-effective, starting screening at age 40 is not recommended for population screening because at this age range there is a less favourable benefits to burden balance compared to screening for 45-74 years.	N/A
	Extending the upper limit of the age range from 74 to 79 or 84 years is not recommended for population screening, because the likely benefits do not outweigh the burden (number of colonoscopies and associated risk), compared with screening for people aged 45–74 years.	N/A
	For people aged 75-85 years who are fit, well and healthy, who request screening after a discussion with their health care professional about the benefits and potential harms of testing, health care professionals could consider offering an immunochemical faecal occult blood test#. #Screening offered to people not eligible to screen under the National Bowel Cancer Screening Program means that screening tests are provided by private pathology, screening status is not centrally recorded and follow-up for future screening is not centrally provided.	Practice point
	In people aged 40-44 years who request screening after a discussion with their health care professional about the benefits and potential harms of testing, health care professionals could consider offering an immunochemical faecal occult blood test# every two years during the lead-up to the first routine National Bowel Cancer Screening Program invitation. #Screening offered to people not eligible to screen under the National Bowel Cancer Screening Program means that screening tests are provided by private pathology, screening status is not centrally recorded and follow-up for future screening is not centrally provided.	Practice point
	Every effort should be pursued to ensure equitable participation and ongoing quality improvement initiatives in population screening for colorectal cancer in the target age group of 45-74 years and ensure equity of access to culturally safe health care, including access to diagnostic assessment for National Bowel Cancer Screening Program participants with a positive screening test.	Practice point
Colorectal cáncer screening accuracy	An immunochemical faecal occult blood test is recommended as the screening modality for the detection of colorectal cancer in the average-risk population.	Fortaleza: Debil

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
	The emerging faecal, blood or serum tests for cancer-specific biomarkers such as DNA are not recommended as population screening modalities for colorectal cancer at this time.	Fortaleza: Debil
	Population screening for colorectal cancer using immunochemical faecal occult blood testing every two years is recommended. It is not recommended that the frequency of screening within the National Bowel Cancer Screening Program be increased to yearly	Fortaleza: Debil
	Participation in a population screening program is not recommended for people with symptoms such as rectal bleeding or persistent change in bowel habit or with iron deficiency anaemia, nor for those who should be having regular surveillance or screening based on colonoscopy (e.g., for past colorectal cancer or adenoma, chronic inflammatory bowel disease, a strong family history of colorectal cancer, or a high-risk genetic cancer syndrome).	Practice point
	It is important that individuals undergo a high-quality diagnostic colonoscopy after a positive immunochemical faecal occult blood test. (Aniwan et al, 2017, Njor et al, 2022, Chiu et al 2016, Digby et al 2016, Ribbing et al, 2019). A colonoscopy which does not meet the clinical care standard warrants a repeat procedure usually initiated by the proceduralist. A high-quality colonoscopy is defined as adequate bowel preparation, complete intubation, as documented and made available in the proceduralist's report. The proceduralist should ensure that the colonoscopy aligns with the colonoscopy clinical care standard from the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (see ACSQHC).	Practice point
	If a diagnostic colonoscopy after a positive immunochemical faecal occult blood test (iFOBT) is performed and its findings do not require further colonoscopy follow-up, the National Bowel Cancer Screening Program (NBCSP) participant should skip the next round of iFOBT screening through the NBCSP (in line with the Colonoscopy Surveillance Guidelines). Colorectal cancer will rarely occur within that interval.	Practice point
	Participants with positive immunochemical faecal occult blood test (iFOBT) results should have follow-up investigation with the sole exception of cases in which there was a clear breach in sample collection protocol (i.e., menstrual blood contaminating the sample at collection). If there is a clear breach of protocol, repeat iFOBT testing is suggested within six weeks. However, this approach carries the risk of a misleading negative test result because low levels of bleeding from a cancer or adenoma may be intermittent, or unevenly distributed in the stools.	Practice point
	To minimise the risk of psychological harm, colonoscopy should be performed promptly after a positive immunochemical faecal occult blood test.	Practice point
	There is evidence that colonoscopy should be done within 120 days from the day of the positive immunochemical faecal occult blood test to minimise risk of advancing the severity of disease if cancer is present.	Practice point

Fuente: Elaboración propia

3. ARGENTINA 2022. Recomendaciones para el tamizaje organizado de Cáncer Colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina

PREGUNTA	RECOMENDACIÓN	GRADACION
Intervalo etario para realizar el tamizaje organizado	Se recomienda realizar tamizaje programático de CCR en individuos de riesgo promedio entre los 50 y 75 años.	Moderada calidad de la evidencia, nivel de recomendación fuerte a favor.
	Se sugiere NO realizar tamizaje programático de CCR en individuos de riesgo promedio entre 45 a 49 años.	Baja calidad de la evidencia, nivel de recomendación condicional en contra de la opción.
	Se sugiere NO realizar tamizaje programático de CCR en individuos de riesgo promedio mayor de 75 años.	Baja calidad de la evidencia, nivel de recomendación condicional en contra de la opción.
Método de tamizaje	Se sugiere utilizar el TSOMFi (test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico) como método para el tamizaje programático de CCR.	Baja calidad de la evidencia, nivel de recomendación condicional a favor
Intervalo de tamizaje	Se sugiere realizar tamizaje programático de CCR con TSOMFi con una periodicidad bienal.	Baja calidad de la evidencia, nivel de recomendación condicional a favor

Fuente: Elaboración propia

9.5 Anexo 5. Tipos de gradación de las recomendaciones según las GPC incluidas

1. PERU 2024. Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención(12)

Significado de los niveles de certeza de la evidencia y de la fuerza de la recomendación

Enunciado	Significado
Certeza del resultado de un desenlace	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Estamos muy seguros de que el efecto real de la intervención se aproxima al efecto estimado en los estudios. “Al dar la intervención en lugar del comparador, estamos seguros que ... ”
Moderada (⊕⊕⊕○)	Confiamos moderadamente en la estimación del efecto: lo más probable es que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es posible que sea sustancialmente diferente. “Al dar la intervención en lugar del comparador, probablemente ... ”
Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: es posible que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es probable que sea sustancialmente diferente. “Al dar la intervención en lugar del comparador, podría ser que ... ”
Muy baja (⊕○○○)	Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: lo más probable es que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimado en los estudios. “Al dar la intervención en lugar del comparador, la evidencia es muy incierta sobre ... ”
Certeza de una recomendación	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.
Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕○○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.
Fuerza de la recomendación	
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe seguirse en todos los casos, salvo excepciones puntuales y bien justificadas. Se usó el término “ Recomendamos ”
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación se seguirá en la gran mayoría de casos, aunque podría ser oportuno no aplicarlas en algunos casos, siempre que esto sea justificado. Se usó el término “ Sugerimos ”

2. CANCER COUNCIL 2023. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection, and management of colorectal cancer: Population screening

Resumen de recomendaciones para el tamizaje poblacional(11)

El tamizaje poblacional para el cáncer colorrectal (CCR) está dirigido principalmente a personas de mediana edad con buena salud general, sin síntomas que puedan indicar CCR, de modo que se puedan ofrecer medidas preventivas o tratamiento temprano para mejorar los resultados en salud. Los métodos de evaluación de riesgos para determinar estrategias de tamizaje específicas se abordan en el capítulo sobre Riesgo y tamizaje basado en antecedentes familiares (se incluirá un hipervínculo).

Estas recomendaciones tienen como objetivo guiar la toma de decisiones para determinar quiénes deben participar en el tamizaje poblacional para el cáncer colorrectal. Todas las recomendaciones y puntos de práctica incluidos deben considerarse para su implementación en la práctica.

Los principios del juicio clínico y la toma de decisiones compartida, utilizando un enfoque culturalmente sensible y seguro, se aplican al implementar estas guías.

Estas guías incluyen recomendaciones basadas en evidencia (EBR, por sus siglas en inglés) y puntos de práctica. Para cada EBR, excepto aquellas basadas en evaluación de modelado, el grupo de trabajo asignó una fortaleza (débil o fuerte) en apoyo de la EBR, tras considerar el volumen, la consistencia, la generalizabilidad, la aplicabilidad y el impacto clínico del cuerpo de evidencia utilizando el formulario de declaración de evidencia de NHMRC.

No se asignó una fortaleza (N/A) a las recomendaciones basadas en evaluación de modelado matemático porque la metodología GRADE no cubre este tipo de evidencia. Las recomendaciones y puntos de práctica fueron desarrollados por los miembros del grupo de trabajo. La elección de la recomendación y la redacción refleja el grado de certeza de la evidencia (Consulte el desarrollo de recomendaciones y puntos de práctica, Apéndice A).

3. ARGENTINA 2022. Recomendaciones para el tamizaje organizado de Cáncer Colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina

Calidad de la evidencia y nivel de recomendación(13)

Para establecer la calidad de la evidencia y los niveles de recomendación de las diferentes intervenciones evaluadas en esta GPC se ha utilizado la metodología basada en el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (44). El sistema GRADE se puede aplicar a una amplia variedad de intervenciones y contextos, considerando en forma global y transparente todos los aspectos importantes para hacer una recomendación. Además de considerar la calidad de la evidencia, se ha analizado el balance entre beneficios y riesgos, los costos y los valores y las preferencias de las personas, aceptabilidad, factibilidad y equidad de la intervención.

9.6 Anexo 6. Declaración de conflicto de interés e información del proceso de revisión y consenso

Para el proceso de revisión y retroalimentación del presente documento se invitaron expertos clínicos (médicos familiares, radiólogos, hematólogos, oncólogos, patólogos, ginecólogos, obstetras y mastólogos. Asimismo, se contó con cirujanos de mama y tejidos blandos) y a personal administrativo clave en la toma de decisiones de distintas empresas de Keralty.

La revisión y consenso de los estándares de realizó en varias etapas:

1. Primera revisión del documento: el documento redactado fue revisado de manera virtual asincrónica por expertos clave del grupo desarrollador. Los revisores propusieron ajustes al documento para la revisión del grupo desarrollador.
2. Ajuste al documento: se revisaron los comentarios y ajustes recibidos, posteriormente se realizaron los ajustes pertinentes o la justificación y respuestas en caso de ser necesario.
3. Segunda revisión, consenso asincrónico y propuesta de recomendaciones clave: la versión ajustada del documento fue compartida nuevamente de manera virtual y, mediante un formulario de Google forms, se indagó el grado de acuerdo a las recomendaciones propuestas usando una escala Likert de 1 a 9, por grupo de recomendaciones y preguntas.
 - Pregunta 1: Recomendación 1 a 3
 - Pregunta 2: Recomendación 4 a 8
 - Pregunta 3: Recomendación 9 a 15

Adicionalmente, se habilitó un espacio en el formulario para sugerencia de ajustes, comentarios y propuesta de estándares clave por cada ámbito incluido.

4. Consenso sincrónico híbrido: se realizaron una sesión de consenso en modalidad virtual (a través de Google meet en la ciudad de Bogotá), en la cual se realizaron modificaciones a las recomendación que no tuvieron acuerdo en el formulario enviado, teniendo en cuenta los aportes de los participantes, según la experticia clínica y se confirmó el acuerdo en los estándares mediante un consenso informal.
5. Sesión de cierre: Durante este encuentro realizado de manera virtual, se presentaron los resultados de la validación de las recomendaciones y definición de recomendaciones clave.
6. Finalmente, se realizaron los ajustes propuestos al documento para consolidar la versión final.

En la siguiente tabla se presentan los grados de acuerdo obtenidos para cada una de las recomendaciones incluidas en el documento:

Tabla 5. Porcentaje de acuerdo de las recomendaciones incluidas en el documento

Recomendación	Rondas de votación	% de acuerdo
6.1 ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos sin factores de riesgo?		
Recomendación 1. Se recomienda realizar tamizaje para CCR en adultos asintomáticos sin factores de riesgo, iniciando a los 45 años hasta los 75 años de edad (11-13).	1	100%
Recomendación 2. Se recomienda registrar en la anamnesis los antecedentes de riesgo como(12): <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de cáncer colorrectal o adenoma avanzado. • Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn o colitis ulcerativa) o de pólipos adenomatosos. • Antecedente personal o familiar de algún síndrome de cáncer hereditario (poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no poliposo hereditario). 	1	100%
Recomendación 3. No se recomienda realizar tamizaje de rutina en adultos mayores de 75 años. En situaciones clínicas específicas donde se considere, la decisión debe ser individualizada, basada en la expectativa de vida, el estado funcional y el balance riesgo-beneficio de continuar el tamizaje (11-13).	1	100%
6.2 ¿Cuáles son las recomendaciones de tamizaje para cáncer colorrectal en adultos asintomáticos con factores de riesgo?		
Recomendación 4. En caso de antecedente familiar de primer grado con diagnóstico cáncer colorrectal, se recomienda iniciar el tamizaje a los 40 años o 10 años antes de la edad más temprana del diagnóstico y luego con una frecuencia de cada 5 años en casos sin hallazgos en la colonoscopia basal (Opinion de expertos).	2	100%
Recomendación 5. En presencia de otros antecedentes, se recomienda consultar guías de práctica clínica específicas de cada condición (Opinión de expertos).	1	100%
Recomendación 6. Para personas asintomáticas con antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa), se recomienda realizar el tamizaje 8 años después del inicio de los síntomas y a partir de allí (12): <ul style="list-style-type: none"> • Cada año en personas con colangitis esclerosante primaria, inflamación activa o antecedente familiar de cáncer colorrectal antes de los 50 años (12). • Cada 2 a 3 años en personas en quienes no se encuentre inflamación activa (12). 	1	100%
Recomendación 7. Para personas con antecedente algún síndrome de cáncer hereditario, se sugiere considerar el inicio del tamizaje con colonoscopia a los 20 a 25 años o 2 a 5 años antes de la edad a la que fue diagnosticado el familiar más joven, si el diagnóstico fue realizado antes de los 25 años realizar el tamizaje cada 1 a 2 años (PBP)(12).	1	100%
Recomendación 8. En personas asintomáticas con antecedente personal de pólipos adenomatosos el gastroenterólogo determinara la edad de inicio y la frecuencia del tamizaje (PBP)(12).	1	100%

6.3 ¿Cuáles son los métodos de tamizaje recomendados para cáncer colorrectal y con qué frecuencia se deben realizar?		
Recomendación 9. En adultos de riesgo promedio (asintomáticos sin factores de riesgo) se recomienda implementar el tamizaje de cáncer colorrectal (CCR) con colonoscopia de tamizaje basal. La periodicidad de la colonoscopia depende de la calidad de la preparación, número y tamaño de pólipos y hallazgos histológicos (Opinión de expertos).	2	100%
Recomendación 10. En adultos de riesgo promedio sin hallazgos en la colonoscopia de tamizaje basal se sugiere realizar seguimiento cada 10 años garantizando los criterios de calidad de la colonoscopia (Opinión de expertos).	1	100%
Recomendación 11. En adultos de riesgo promedio con hallazgos en la colonoscopia de tamizaje basal se sugiere realizar seguimiento siguiendo la tabla 4(14).	1	100%
Recomendación 12. A nivel poblacional, con el objetivo de detección temprana de cáncer colorrectal, se recomienda realizar prueba de sangre oculta en materia fecal (FIT) de alta sensibilidad cada dos años (Opinión de expertos).	1	100%
Recomendación 13. En personas con factores de riesgo se recomienda el iniciar el tamizaje para CCR con colonoscopia (12).	1	100%
Recomendación 14. Se recomienda realizar colonoscopia prioritaria en caso de obtener un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces por cualquiera de las técnicas utilizadas (11,12).	1	100%
Recomendación 15. No se recomienda la realización de sigmoidoscopia flexible a menos que sea la única opción disponible (11).	1	100%

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se relaciona la valoración de las declaraciones de conflicto de interés de los participantes.

Tabla 6. Reporte de análisis de intereses y decisiones sobre la conformación del grupo desarrollador

NOMBRE	ROL	¿Existe interés (es)?	Tipo de interés (es) declarados [§]	Discusión o elementos considerados	Decisión sobre la participación ^ε	Pasos o actividades en los que estará limitado	¿Hubo acuerdo entre los potenciales miembros del grupo desarrollador? (Si/No)
Nancy Yomayusa ¹	MD. Especialista en Medicina Interna, Nefrología y Trasplante	NO			A	Ninguno	SI
Kelly Chacón ¹	Ft. MSc. Epidemiología Clínica	NO			A	Ninguno	SI
Maria Paula Gutierrez ¹	ND. MSc. Epidemiología Clínica	NO			A	Ninguno	SI
Ana María Rojas ¹	Epidemiología	NO			A	Ninguno	SI
Nathalie Ospina ¹	Epidemiología	NO			A	Ninguno	SI
Diego Aponte ¹	MD Especialista en Medicina Interna-Gastroenterología	NO			A	Ninguno	SI
Leonardo Rojas ¹	MD. Especialista en Medicina Interna y Oncología	NO			A	Ninguno	SI
Fabio Gil ¹	MD. Especialista en Medicina Interna-Gastroenterología	NO			A	Ninguno	SI
Carlos Fuentes ¹	MD. Especialista en	NO			A	Ninguno	SI

	Gastroenterología						
Margarita Huertas ¹	MD. Especialista en Gastroenterología	NO			A	Ninguno	SI
Juan David Linares ¹	MD. Especialista en Gastroenterología	NO			A	Ninguno	SI
Javier Preciado ¹	MD. Especialista en Gastroenterología	NO			A	Ninguno	SI

Fuente: Elaboración propia

[§] Interés económico personal, Interés económico no personal, Interés no económico personal, Interés económico personal de un familiar.

[£] Categorías de participación:

- A. Participación: No existe limitación para la participación durante todas las etapas del desarrollo del proyecto.
- B. Limitación parcial: Se limita su participación específicamente en los procesos relacionados con el interés declarado y considerado
- C. potencialmente conflictivo (ya sea específico o inespecífico).
- D. Exclusión: Se limita la participación en el desarrollo del proyecto dada la importancia de los intereses declarados y el tema de interés.

Se considera que podría poner en riesgo la validez o confianza del documento y su posterior implementación.

¹ Participación en la primera sesión sincrónica de consenso.