

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO

PACIENTE (espacio etiqueta)		FACULTATIVO	
apellidos, nombre		apellidos, nombre	
fecha nacimiento	NUHSA	centro de salud	CNP

SOLICITUD DE EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO

PROTOCOLO ATENCIÓN PRIMARIA

EXPLORACIÓN SOLICITADA

Señalar sólo una opción. Una petición por tipo de exploración.

INDICACIÓN: PROCESO ASISTENCIAL, PROGRAMA PREVENCIÓN o SEGUIMIENTO

Señalar la opción y subopción. Ver definiciones en anexo.

☐ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- ☐ Dispepsia
 - ☐ Síntomas alarma
 - ☐ Fracaso tratamiento
- ☐ Reflujo gastroesofágico
 - ☐ Síntomas alarma
 - ☐ Fracaso tratamiento

☐ COLONOSCOPIA

- ☐ PAI CCR
 - ☐ Hemorragia digestiva baja
 - ☐ Anemia ferropénica
 - ☐ Alteración ritmo intestinal > 6 semanas
 - ☐ Masa rectal o abdominal
 - ☐ Hallazgo otra técnica diagnóstica
- ☐ Programa poblacional cribado CCR (SOH +)
- ☐ Antecedentes familiares en primer grado de CCR
- ☐ Antecedentes personales CCR
- ☐ Antecedentes personales adenomas colorrectales

Fármacos antiagregantes / anticoagulantes ☐ No ☐ Sí Especificar _____

- Explicar consentimiento informado y protocolo de preparación.
- Indicar pauta de suspensión/sustitución de antiagregantes/anticoagulantes por heparina, si fuera preciso.
- Adjuntar a este documento la solicitud de consulta en aparato digestivo:
 - En información clínica indicar: “protocolo solicitud endoscopia desde atención primaria”.
- Las solicitudes con otras indicaciones no contempladas en este formulario no serán admitidas. En estos casos tramitar sólo la solicitud de consulta con la información clínica correspondiente.

Córdoba, a ____ de _____ de 2.0____ Firmado _____

**ANEXO A LA SOLICITUD DE EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO. PROTOCOLO ATENCIÓN PRIMARIA
DEFINICIONES E INDICACIONES**

1. DISPEPSIA

Dolor o molestia localizado en la parte central de la mitad superior del abdomen.

Indicaciones de endoscopia digestiva alta

Síntomas de alarma

- o Disfagia.
- o Vómitos persistentes.
- o Hemorragia gastrointestinal.
- o Anemia ferropénica.
- o Pérdida de peso no intencionada y/o tumoración abdominal.
- o Dispepsia persistente que se inicia en paciente > 45 años.

Fracaso de tratamiento, ausencia de respuesta a tratamiento o mal control de síntomas. Después de 8 semanas continuadas de tratamiento con IBP (4 con dosis estándar y otras 4 con dosis doble) y sin endoscopia reciente. Si predominio síntomas de distrés postprandial (plenitud o saciedad precoz, distensión abdominal, náusea o eructos) valorar añadir o cambiar a procinéticos.

Deberá aportarse analítica (hematimetría, bioquímica con perfil hepático).

Si hay predominio de dolor o tumoración abdominal palpable: realizar ecografía abdominal.

2. REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Es la condición que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones. El síndrome de reflujo típico se define por la presencia de molestias ocasionadas por la pirosis y/o la regurgitación.

No precisa realización de endoscopia: el paciente con síndrome de reflujo típico (pirosis y/o regurgitación), dolor torácico por reflujo o con síntomas de síndromes extraesofágicos establecidos relacionados con el reflujo (tos, laringitis, asma, erosión dental), sin síntomas o signos de alarma y buen control con tratamiento con IBP.

Indicaciones de endoscopia digestiva alta

Síntomas de alarma

- o Disfagia.
- o Vómitos persistentes.
- o Hemorragia gastrointestinal.
- o Anemia ferropénica.
- o Pérdida de peso no intencionada y/o tumoración epigástrica.

Fracaso de tratamiento, ausencia de respuesta a tratamiento o mal control de síntomas. Después de 8 semanas continuadas de tratamiento con IBP (4 con dosis estándar y otras 4 con dosis doble) y sin endoscopia reciente.

Deberá aportarse analítica (hematimetría, bioquímica con perfil hepático).

Si hay predominio de dolor o tumoración epigástrica palpable realizar ecografía abdominal.

3. PAI CCR

La sospecha de CCR viene establecida por las siguientes

Indicaciones de colonoscopia o rectosigmoidoscopia (menores de 40 años)

Hemorragia digestiva baja (rectorragia, hematoquecia o diarrea sanguinolenta).

- En menores de 40 años sin datos de patología anal benigna, considerar rectosigmoidoscopia.
- Anemia ferropénica.
- En mujeres fértiles si se descarta causa ginecológica y con test de sangre culta en heces positivo.

Alteración hábito intestinal de más de seis semanas de evolución y edad > 40 años.

- En personas menores de 40 años debe ir acompañado de anemia o hemorragia digestiva baja.

Masa palpable en recto o fosa iliaca derecha.

Hallazgo de lesión compatible con CCR por otra técnica diagnóstica.

4. PROGRAMA POBLACIONAL CRIBADO CCR

Test de cribado (sangre oculta en heces) positivo.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES PRIMER GRADO CCR

Se consideran familiares en primer grado: padre, madre o hermanos.

Indicación de colonoscopia

Uno o más familiares en primer grado diagnosticados de adenocarcinoma de recto o colon.

INDICACIONES e INTERVALO SEGÚN EDAD

Parentesco/ familiar afecto más próximo	Nº familiares afectados	Edad diagnóstico	Inicio	Repetir cada
Primer grado (padres, hermanos e hijos)	1	≥ 60 años	40 años	10 años
		< 60 años	40 años	5 años
	2		40 años	5 años

Familiar menor de 50 años: se calcula restando 10 años a la edad del más joven diagnosticado de CCR.
Revisar intervalos de realización de colonoscopia si el paciente tuviera una previa.

6. ANTECEDENTES PERSONALES CCR

El seguimiento inicial lo deberá realizar oncología y cirugía que indicarán una colonoscopia al año de la intervención (o 6 meses si la colonoscopia de diagnóstico fue incompleta). La siguiente será 3 años después (4 años de la intervención) y posteriormente se realizarán cada 5 años.

Una vez dado de alta de oncología y cirugía se podrá solicitar la colonoscopia de control por parte de atención primaria.

La edad de finalización será entre los 75-85 años dependiendo de los hallazgos en colonoscopias previas, la comorbilidad y deseos del paciente.

7. ANTECEDENTES PERSONALES ADENOMAS COLORRECTALES

En los pacientes con pólipos adenomatosos el intervalo de las sucesivas exploraciones de seguimiento dependerá de los hallazgos de la colonoscopia basal y sucesivas (número y tamaño de los adenomas y adicionalmente se pueden tener en cuenta las características histológicas).

Ver texto desarrollado y algoritmo.

Se estratifican los adenomas en tres grupos: riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto.

o Riesgo bajo

- 1 o 2 adenomas ambos menores de 10 mm. Como criterio adicional pueden tenerse en cuenta datos histológicos como el ser tubulares y con displasia de bajo grado.

- Seguimiento: se debe recomendar una colonoscopia a los 10 años o las recomendaciones establecidas para la población sometida a cribado poblacional de CCR.

o Riesgo medio

- 3-4 adenomas todos menores de 10 mm., o un menor número de adenomas y al menos uno de 10 a 19 mm. También la presencia de componente vellosos o displasia de alto grado.

- Seguimiento: primer control mediante colonoscopia debe indicarse a los tres años. Si este fuera normal el siguiente se realizaría a los 5 años. Ante la presencia de dos exploraciones de seguimiento consecutivas sin adenomas se indicarían las recomendaciones establecidas para la población sometida a cribado poblacional de CCR. En el caso de encontrarse adenomas de riesgo bajo o medio se indicaría colonoscopia a los tres años. En el caso de hallarse adenomas de riesgo alto se indicaría colonoscopia al año.

o Riesgo alto

- 5 o más adenomas menores de 10 mm., o un menor número de adenomas y al menos uno de 20 mm. o de mayor tamaño.

- Seguimiento: primer control mediante colonoscopia debe indicarse al año. Si este fuera normal o con adenomas de riesgo bajo o medio el siguiente se realizaría a los 3 años. Ante la presencia de dos exploraciones de seguimiento consecutivas sin adenomas se indicarían controles cada 5 años. En el caso de hallarse adenomas de riesgo alto se indicaría colonoscopia al año.

No debe olvidarse, a la hora de realizar las indicaciones de seguimiento, la presencia de otros factores personales o familiares puedan alterar los intervalos de seguimiento. En estas situaciones siempre se elegirá la opción cuyo intervalo sea menor.

La edad de finalización será entre los 75-85 años dependiendo: de los hallazgos en colonoscopias previas, la comorbilidad y deseos del paciente.

Situaciones especiales

- En los pacientes con múltiples pólipos hiperplásicos considerar la posibilidad de una poliposis hiperplásica si a) 5 proximales, 2 > 10 mm., b) > 30 pequeños o c) cualquier número y familiar 1º grado poliposis hiperplásica.
- En los pacientes con más de 10 adenomas en una exploración debería descartarse la presencia de un síndrome polipósico familiar.
- En los pacientes con un adenoma sésil grande en los que se realiza una resección endoscópica fragmentada deben ser reexaminados en un período de 3-6 meses mediante colonoscopia y toma de biopsias con el fin de confirmar la resección completa de la lesión.
- En los pacientes con un adenoma con áreas de carcinoma se aplicarán los criterios de Haggitt. Se consultará con digestivo para determinar si la resección se considera o no satisfactoria así como para indicar la pauta de seguimiento.

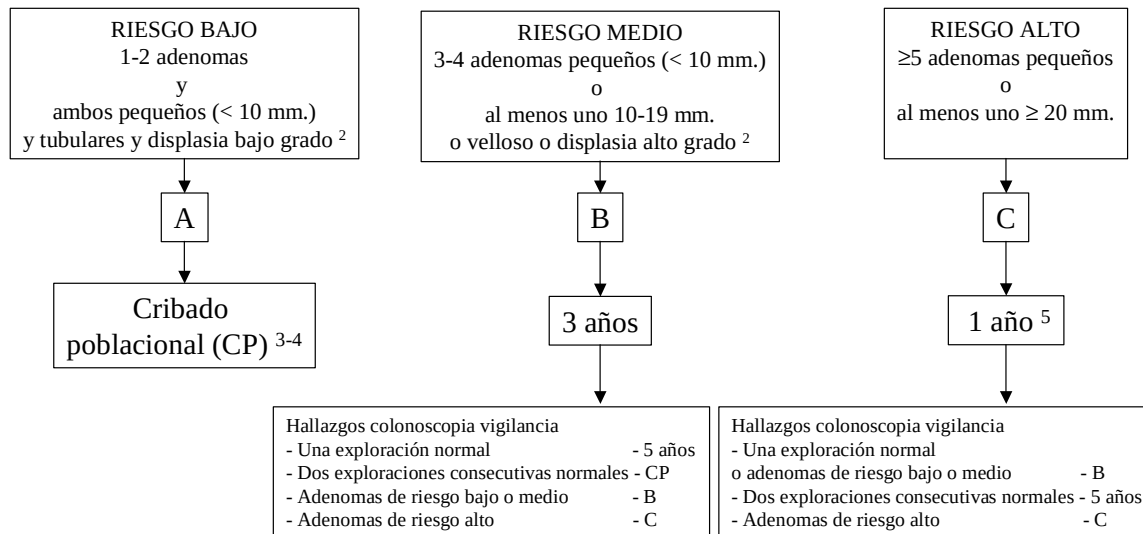
Todos los pólipos identificados durante la endoscopia deben ser resecados, ya sea mediante polipectomía endoscópica o quirúrgica. Si no se han extirpado en la colonoscopia índice debe procederse a una nueva sesión o considerar otras alternativas.

Ante una colonoscopia incompleta, y/o preparación inadecuada, los pacientes deberían ser reexaminados.

PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS

Si la colonoscopia únicamente demuestra la presencia de pólipos hiperplásicos rectales de pequeño tamaño, esta exploración se considera normal. No precisa más controles.

COLONOSCOPIA BASAL ¹



Notas

1. La colonoscopia basal debe ser completa para asegurar fielmente el riesgo
2. Criterio adicional opcional
3. Otras consideraciones: edad, historia familiar, procedimiento fiable y completo
4. Cribado poblacional (CP) o colonoscopia a los 10 años
5. Colonoscopia de limpieza de posibles lesiones olvidadas

European Guideline.
Endoscopy 2012; 44: SE 151-163