

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. Si indicara realizar ambas realice una solicitud para cada 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 (rectorragia)
 - ☐ Anemia ferropénica
 - ☐ Sangre oculta en heces positiva (SOH +)
 - ☐ Alteración ritmo intestinal > 6 semanas
 - ☐ Masa rectal o abdominal
 - ☐ Hallazgo otra técnica diagnóstica
- ☐ Programa poblacional de cribado de CCR
- ☐ Antecedentes familiares en primer grado de CCR
- ☐ Antecedentes personales de 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 AAS 100/heparina, si fuera preciso.
- Las solicitudes con otras indicaciones no contempladas en este formulario no serán admitidas.
- Sedación profunda: esta solicitud NO permite esta opción (salvo programa poblacional de cribado de CCR). Para la sedación profunda es necesaria una valoración en consulta de aparato digestivo. Para ello, realizar una derivación indicando en información clínica “valoración para exploración con sedación profunda”

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

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

En pacientes con dispepsia menores de 45 años, sin síntomas de alarma y con fracaso del tratamiento deberá investigarse infección por H. Pylori mediante test de antígenos en heces antes de indicarse una endoscopia digestiva alta. En caso de resultado positivo se iniciará tratamiento erradicador.

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

- Disfagia.
- Vómitos persistentes.
- Hemorragia gastrointestinal.
- Anemia ferropénica.
- 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

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

-Anemia ferropénica.

- En mujeres fértiles si se descarta causa ginecológica y con test de sangre culta en heces positivo.

-Sangre oculta en heces positiva

- Test de sangre oculta en heces positivo fuera del circuito del programa poblacional de cribado de CCR

-Alteración hábito intestinal de más de seis semanas de evolución

- En personas < 40 años debe ir acompañado de anemia o hemorragia digestiva baja.
- En personas ≥ 40 o más años deberá ir acompañado de un test de SOH +

-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 sangre oculta en heces positivo dentro del circuito del programa poblacional de cribado de CCR.

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.

Si sólo familiares en segundo o tercer grado se recomienda seguir programa poblacional de cribado de CCR a partir de los 50 años

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.

Se debe finalizar la vigilancia endoscópica para el CCR en pacientes de más de 75 años o excepcionalmente a los 80 años en pacientes seleccionados sin comorbilidades.

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.

○ **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.

○ **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.

○ **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.

Se debe finalizar la vigilancia endoscópica para el CCR en pacientes de más de 75 años o excepcionalmente a los 80 años en pacientes seleccionados sin comorbilidades.

Situaciones especiales

- En los pacientes con múltiples pólipos hiperplásicos/serrados considerar la posibilidad de una poliposis serrada si a) ≥ 5 proximales al sigma y 2 ≥ 10 mm., b) ≥ 20 distribuidos a lo largo de todo el colon o c) cualquier número y familiar 1º grado de un paciente diagnosticado de poliposis serrada.
- 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 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.

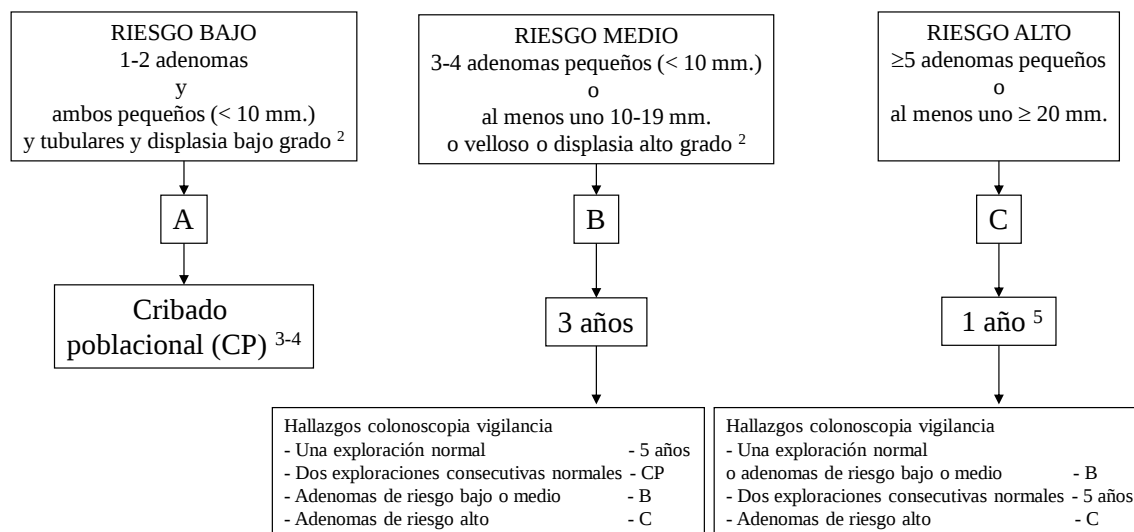
Todos los pólipos identificados durante la endoscopia deben ser resecados, ya sea mediante polipectomía endoscópica o quirúrgica. Si no se han extirpado en la colonoscopia índice debe procederse a una nueva sesión o considerar otras alternativas

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 (< 10 mm.), esta exploración se considera normal. No precisa más controles

COLONOSCOPIA BASAL ¹



Notas

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

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