

UGC APARATO DIGESTIVO

Procedimiento Estudio Ambulatorio de Neoplasias del tubo digestivo

En este procedimiento se define la secuencia de actuaciones encaminadas al diagnóstico, estadificación y evaluación del riesgo anestésico, en pacientes a los que se les ha realizado un estudio endoscópico del tubo digestivo y se ha apreciado una lesión neoplásica no resecable endoscópicamente, y previas a la toma de decisión terapéutica en la Subcomisión de Tumores de Aparato Digestivo.

Criterios de Inclusión en Estudio Ambulatorio

- Lesión neoplásica visualizada en estudio endoscópico de pacientes ambulatorios, no resecable endoscópicamente, independientemente de la especialidad que haya solicitado la exploración.
- Lesión neoplásica visualizada en estudio endoscópico de pacientes ingresados, no resecable endoscópicamente, en los que es posible el alta y finalización del estudio con carácter ambulatorio.
- Lesión resecada endoscópicamente, pero que tras estudio anatomopatológico, cumple criterios que indiquen que la resección endoscópica debe ser completada con una actuación quirúrgica.

Situaciones especiales

- En los pacientes en los que el hallazgo ha sido en una técnica radiológica se procederá a realización de endoscopia con carácter preferente y no iniciaran este procedimiento hasta la confirmación endoscópica.
- En los pacientes con lesiones de aspecto dudoso o sin criterios endoscópicos de malignidad se tomará la decisión de iniciar este procedimiento una vez se disponga del estudio anatomopatológico que confirme el carácter neoplásico de la lesión.

Criterios de No Inclusión y realización de estudio en régimen de Hospitalización

Todo paciente cuya condición no permita el desplazamiento o la movilización por sí mismo o en silla de ruedas o presente un sangrado significativo.

En las lesiones colorrectales: la presencia de síntomas oclusivos o de perforación.

En las lesiones esofágicas, gástricas o duodenales: la imposibilidad para una alimentación oral.

Descripción de las actuaciones en las sucesivas fases del procedimiento

- Unidad exploraciones, por facultativo que ha realizado la exploración

- Solicitud de Anatomía Patológica con carácter urgente.
- Información Protocolizada a Paciente y Familiares (Anexos I.1, I.2 y I.3).
- Confirmar teléfonos de contacto.
- Notificación a enfermera de consultas de aparato digestivo (teléfono 593528).
- Obtención de día y hora de cita en consulta de enfermería de aparato digestivo.
- Indicar al paciente y familiares día y hora de cita en consulta de enfermería.

- Consulta enfermería de aparato digestivo

- Asignación de facultativo responsable.
- Aplicación del Protocolo de estudio según tramo del tubo digestivo.
- Hoja de seguimiento de neoplasias (Anexo II.1, II.2 y II.3)
- Detección de problemas. Según se especifica en hoja seguimiento
- Información a facultativo responsable de problemas detectados
- Hoja de indicadores Proceso Asistencial Integrado CCR (Anexo III)
- Hoja informatizada indicadores IPO (para todos los pacientes).
- Obtención de citas para preanestesia, analítica y exploraciones complementarias, si fuera posible a realizar en un único día o el menor número posible de días.
- Información a paciente y familiares de la secuencia de estudio.
- Hoja de ruta (Anexo IV.1, IV.2 y IV.3)
- Valoración inicial de enfermería.
- Apoyo psicológico.
- Toma de constantes, Peso y talla.
- Registro medicación concomitante.
- Lesiones colorrectales: Dieta restringida en fibra (Anexo V)
- Obtención informes y/o registros de patologías asociadas.
- Obtención informes previos de preanestesia y/o exploraciones complementarias.
- Recepción de preanestesia y exploraciones complementarias solicitadas
- Coordinación terapia con Hierro intravenoso o Transfusión (Anexo VI.1 y VI.2)
- Hoja Subcomisión tumores digestivos (Anexo VII)
- Coordinación de derivación a la especialidad correspondiente, tras decisión terapéutica en reunión de la Subcomisión de Tumores de Aparato Digestivo.
- Información a familiares en primer grado de pacientes con adenocarcinoma colorrectal o gástrico de la posibilidad de realizar un programa de prevención (Anexo VIII.1 y VIII.2)
- Registro de actividades en hoja de enfermería.

Consulta médica, por facultativo responsable

- Supervisión de las actuaciones realizadas por la enfermera de aparato digestivo.
- Realización de la Historia Clínica.
- Valoración de resultados de las exploraciones complementarias.
- Valoración del informe de preanestesia.
- Valoración de necesidad de otras exploraciones complementarias.
- Información a Paciente y Familiares.
- Presentación y discusión en reunión de la Subcomisión de Tumores de Aparato Digestivo.

ANEXO I.1

INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES PROCEDIMIENTO AMBULATORIO DE ESOFÁGICO

En la endoscopia que le acaban de realizar le han detectado una lesión en el esófago de la que se ha tomado una muestra para analizar la naturaleza de la misma (biopsia). Esta no ha podido ser extirpada en este momento y es preciso realizar estudios complementarios para valorar la mejor opción de tratamiento. Entre estas está la posibilidad de una intervención quirúrgica.

Se le va a facilitar una cita con nuestra enfermera de consulta externa que le gestionará, indicará y explicará las exploraciones complementarias necesarias para estudiar su problema. Estas se llevarán a cabo, preferiblemente, a lo largo de toda una mañana y una tarde y consistirán en: registro de enfermería y consulta con digestivo, analítica de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía abdominal, consulta con anestesta, TC tóraco-abdominal, así como otras que se consideren necesarias. Con estas exploraciones se obtendrá información sobre el problema que se le ha detectado, una valoración de su estado general y el riesgo de una posible anestesia general.

Una vez realizadas estas exploraciones, y esté disponible el resultado de la biopsia, se estudiará su caso en una comisión hospitalaria donde se tomará la decisión de la mejor opción de tratamiento. Ésta se le comunicará y a continuación se gestionarán las citas necesarias con el especialista correspondiente y, si usted está de acuerdo, comenzar el tratamiento propuesto.

NO OLVIDE, EL DÍA DE LAS EXPLORACIONES

- 1.- Acudir en ayunas
- 2.- Venir acompañado
- 3.- Traer informe de endoscopia
- 4.- Traer copias de informes de enfermedades que tenga o haya tenido
- 5.- Traer copias de informes de ingresos en el hospital
- 6.- Traer relación de la medicación que toma con sus prospectos
- 7.- Si se toma la tensión y/o el azúcar traer el cartón o libreta donde se apuntan
- 8.- Traer las medicinas que tenga que tomarse este día
- 9.- Nuestra enfermera le recibirá en la Consulta de Enfermería de Digestivo, situada en el Edificio de Consultas Externas de Reina Sofía, en la planta primera ala izquierda, junto a la secretaría de aparato digestivo, el día y hora que se le notifique.

Si precisa más información no dude en llamarnos al teléfono 957 736 528 en horario de mañana

ANEXO I.2

INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES PROCEDIMIENTO AMBULATORIO DE GÁSTRICO

En la endoscopia que le acaban de realizar le han detectado una lesión en el estómago de la que se ha tomado una muestra para analizar la naturaleza de la misma (biopsia). Esta no ha podido ser extirpada en este momento y es preciso realizar estudios complementarios para valorar la mejor opción de tratamiento. Entre estas está la posibilidad de una intervención quirúrgica.

Se le va a facilitar una cita con nuestra enfermera de consulta externa que le gestionará, indicará y explicará las exploraciones complementarias necesarias para estudiar su problema. Estas se llevarán a cabo, preferiblemente, a lo largo de toda una mañana y una tarde y consistirán en: registro de enfermería y consulta con digestivo, analítica de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía abdominal, consulta con anestesta, TC tóraco-abdominal, así como otras que se consideren necesarias. Con estas exploraciones se obtendrá información sobre el problema que se le ha detectado, una valoración de su estado general y el riesgo de una posible anestesia general.

Una vez realizadas estas exploraciones, y esté disponible el resultado de la biopsia, se estudiará su caso en una comisión hospitalaria donde se tomará la decisión de la mejor opción de tratamiento. Ésta se le comunicará y a continuación se gestionarán las citas necesarias con el especialista correspondiente y, si usted está de acuerdo, comenzar el tratamiento propuesto.

NO OLVIDE, EL DÍA DE LAS EXPLORACIONES

- 1.- Acudir en ayunas
- 2.- Venir acompañado
- 3.- Traer informe de endoscopia
- 4.- Traer copias de informes de enfermedades que tenga o haya tenido
- 5.- Traer copias de informes de ingresos en el hospital
- 6.- Traer relación de la medicación que toma con sus prospectos
- 7.- Si se toma la tensión y/o el azúcar traer el cartón o libreta donde se apuntan
- 8.- Traer las medicinas que tenga que tomarse este día
- 9.- Nuestra enfermera le recibirá en la Consulta de Enfermería de Digestivo, situada en el Edificio de Consultas Externas de Reina Sofía, en la planta primera ala izquierda, junto a la secretaría de aparato digestivo, el día y hora que se le notifique.

Si precisa más información no dude en llamarnos al teléfono 957 736 528 en horario de mañana.

ANEXO I.3

INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO DE COLON Y RECTO

En la colonoscopia que le acaban de realizar le han detectado una lesión de la que se ha tomado una muestra para analizar la naturaleza de la misma (biopsia). Esta no ha podido ser extirpada en este momento y es preciso realizar estudios complementarios para valorar la mejor opción de tratamiento. Entre estas está la posibilidad de una intervención quirúrgica.

Se le va a facilitar una cita con nuestra enfermera de consulta externa que le gestionará, indicará y explicará las exploraciones complementarias necesarias para estudiar su problema. Estas se llevarán a cabo, preferiblemente, a lo largo de toda una mañana y una tarde y consistirán en: registro de enfermería y consulta con digestivo, analítica de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía abdominal, consulta con anestesta, TC tóraco-abdominal, así como otras que se consideren necesarias. Con estas exploraciones se obtendrá información sobre el problema que se le ha detectado, una valoración de su estado general y el riesgo de una posible anestesia general.

Una vez realizadas estas exploraciones, y esté disponible el resultado de la biopsia, se estudiará su caso en una comisión hospitalaria donde se tomará la decisión de la mejor opción de tratamiento. Ésta se le comunicará y a continuación se gestionarán las citas necesarias con el especialista correspondiente y, si usted está de acuerdo, comenzar el tratamiento propuesto.

NO OLVIDE, EL DÍA DE LAS EXPLORACIONES

- 1.- Acudir en ayunas
 - 2.- Venir acompañado
 - 3.- Traer informe de endoscopia
 - 4.- Traer copias de informes de enfermedades que tenga o haya tenido
 - 5.- Traer copias de informes de ingresos en el hospital
 - 6.- Traer relación de la medicación que toma con sus prospectos
 - 7.- Si se toma la tensión y/o el azúcar traer el cartón o libreta donde se apuntan
 - 8.- Traer las medicinas que tenga que tomarse este día
 - 9.- Nuestra enfermera le recibirá en la Consulta de Enfermería de Digestivo, situada en el Edificio de Consultas Externas de Reina Sofía, en la planta primera ala izquierda, junto a la secretaría de aparato digestivo, el día y hora que se le notifique.
- Si precisa más información no dude en llamarnos al teléfono 957 736 528 en horario de mañana

ANEXO II.1

HOJA DE SEGUIMIENTO PROCEDIMIENTO ESTADIFICACIÓN y PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA AMBULATORIA DE NEOPLASIAS ESOFÁGICAS

Fecha Inclusión ____/____/____

___ Confirmar teléfonos de contacto ___ Anatomía patológica urgente

Fecha ____/____/____

Consulta enfermería, Exploraciones complementarias básicas y Preanestesia

___ Contactar con paciente ___ Anular citas pendientes

___ Notificar a médico peticionario ___ Copias de informes

___ Hoja de ruta

Problemas detectados

___ Necesidades de cuidados de enfermería

___ Toma de antiagregantes o anticoagulantes

___ Ecografía/Rx tórax/TC: metástasis (hepáticas, pulmonares u otras)

___ Necesidad de estudios complementarios por parte de preanestesia

___ Necesidad de otras exploraciones complementarias para el estadiaje

___ Biopsia no concordante

___ Anemia: Hb 12,0-11,5 (hierro oral) Hb 11,4-7,0 (hierro I.V.) Hb <7,0 (transfusión)

Médico responsable Dr.: _____

Fecha de consulta ____/____/____ ___ Información de problemas

Sol. Rec.

Sol. Rec.

___ ___ Hematimetría

___ ___ Anatomía patológica

___ ___ Bioquímica

___ ___ Ecografía abdominal

___ ___ Coagulación

___ ___ Ecoendoscopia

___ ___ Marcadores

___ ___ TAC tóraco-abdominal

___ ___ Tórax

___ ___ Hojas de consulta:

___ ___ ECG

___ ___ Preanestesia

Fecha derivación ____/____/____

___ Cirugía ___ Oncología ___ Ingreso exploraciones

ANEXO II.2

HOJA DE SEGUIMIENTO PROCEDIMIENTO ESTADIFICACIÓN y PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA AMBULATORIA DE NEOPLASIAS GÁSTRICAS

Fecha Inclusión ____/____/____

___ Confirmar teléfonos de contacto ___ Anatomía patológica urgente

Fecha ____/____/____

Consulta enfermería, Exploraciones complementarias básicas y Preanestesia

___ Contactar con paciente ___ Anular citas pendientes

___ Notificar a médico petionario ___ Copias de informes

___ Hoja de ruta

Problemas detectados

___ Necesidades de cuidados de enfermería

___ Toma de antiagregantes o anticoagulantes

___ Ecografía/Rx tórax/TC: metástasis (hepáticas, pulmonares u otras)

___ Necesidad de estudios complementarios por parte de preanestesia

___ Necesidad de otras exploraciones complementarias para el estadiaje

___ Biopsia no concordante

___ Anemia: Hb 12,0-11,5 (hierro oral) Hb 11,4-7,0 (hierro I.V.) Hb <7,0 (transfusión)

Médico responsable Dr.: _____

Fecha de consulta ____/____/____ ___ Información de problemas

Sol. Rec.

Sol. Rec.

___ ___ Hematimetría

___ ___ Anatomía patológica

___ ___ Bioquímica

___ ___ Ecografía abdominal

___ ___ Coagulación

___ ___ Ecoendoscopia

___ ___ Marcadores

___ ___ TAC tóraco-abdominal

___ ___ Tórax

___ ___ Hojas de consulta:

___ ___ ECG

___ ___ Preanestesia

Fecha derivación ____/____/____

___ Cirugía ___ Oncología ___ Ingreso exploraciones

ANEXO II.3

HOJA DE SEGUIMIENTO PROCEDIMIENTO ESTADIFICACIÓN y PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA AMBULATORIA DE NEOPLASIAS COLORRECTALES

Fecha Inclusión ____/____/____

___ Confirmar teléfonos de contacto ___ Anatomía patológica urgente

Fecha ____/____/____

Consulta enfermería, Exploraciones complementarias básicas y Preadnestesia

___ Contactar con paciente ___ Anular citas pendientes

___ Notificar a médico peticionario ___ Copias de informes

___ Dieta restringida en fibra ___ Hoja de ruta

Problemas detectados

___ Necesidades de cuidados de enfermería

___ Toma de antiagregantes o anticoagulantes

___ Lesión a menos de 15 cm. de margen anal

___ Colonoscopia incompleta: no llega a ciego

___ Ecografía/Rx tórax/TC: metástasis (hepáticas, pulmonares u otras)

___ Necesidad de estudios complementarios por parte de preanestesia

___ Necesidad de otras exploraciones complementarias para el estadiaje

___ Biopsia no concordante

___ Anemia: Hb 12,0-11,5 (hierro oral) Hb 11,4-7,0 (hierro I.V.) Hb <7,0 (transfusión)

Médico responsable Dr.: _____

Fecha de consulta ____/____/____ ___ Información de problemas

Sol. Rec.

Sol. Rec.

___ ___ Hematimetría

___ ___ Anatomía patológica

___ ___ Bioquímica

___ ___ Ecografía abdominal

___ ___ Coagulación

___ ___ Enema opaco

___ ___ Marcadores

___ ___ Ecografía endorrectal

___ ___ Tórax

___ ___ TAC tóraco-abdominal (pélvico)

___ ___ ECG

___ ___ RM pélvica

___ ___ Preadnestesia

___ ___ Hojas de consulta

Fecha derivación ____/____/____

___ Cirugía ___ Oncología

___ Ingreso exploraciones

ANEXO III
HOJA INDICADORES PROCESO COLORRECTAL

NUHSA_____

Procedencia: primaria, digestivo, cirugía, proctología, M. Interna, otra

Fecha de solicitud de consulta_____ Fecha de consulta_____

Motivo de consulta: rectorragia alteración hábito anemia masa rectal
masa abdominal imagen Rx SOH + familiar CCR

Derivación tras estudio: cirugía oncología primaria Fecha de derivación_____

Fecha colonoscopia_____

Localización: recto: bajo (<8cm) medio(8-11) alto(12-15)
colon: sigma, descendente, esplénico, transverso, hepático, ascendente, ciego

Franqueable Sí No Completa Sí No Prótesis Sí No

Fecha AP colonoscopia_____

Histología: adenocarcinoma, displasia grave, no displasia, carcinoide, linfoma, melanoma

TNM pre_____

RT pre Sí No Fecha RT_____

Cirugía Sí No Fecha cirugía_____

Fecha AP cirugía: _____TNM_____ Ganglios: total_____/afectos_____

Información familiares Sí No

ANEXO IV.1

HOJA DE RUTA PARA REALIZAR EXPLORACIONES PROGRAMADAS DE ESOFÁGICO

1º Consulta Enfermería.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera ala izquierda. Edificio de consultas.

2º Consulta Médica.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera, ala izquierda. Edificio de consultas.

3º Extracción analítica.

Consulta de preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas.
Entregar petición de analítica que se adjunta.

4º Radiografía de tórax.

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.

5º Ecografía abdominal y Ecoendoscopia digestiva alta.

Exploraciones Digestivo.1º planta de Reina Sofía. Vestíbulo Principal.

6º Desayuno.

Cafetería del Edificio de consultas.

7º Electrocardiograma

Consulta de preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas.

8º Consulta Preanestesia. Valoración médico anestesista.

Consulta Preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas.

9º Consulta Enfermería

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera ala izquierda. Edificio de consultas.

Entregar preanestesia realizada.

10º Tomografía computarizada (TC)

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.
Ver hoja adjunta de preparación y cita.

ANEXO IV.2

HOJA DE RUTA PARA REALIZAR EXPLORACIONES PROGRAMADAS DE GÁSTRICO

1º Consulta Enfermería.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera ala izquierda. Edificio de consultas.

2º Consulta Médica.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera, ala izquierda. Edificio de consultas.

3º Extracción analítica.

Consulta de preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas.
Entregar petición de analítica que se adjunta.

4º Radiografía de tórax.

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.

5º Ecografía abdominal y Ecoendoscopia digestiva alta.

Exploraciones Digestivo. 1º planta de Reina Sofía. Vestíbulo Principal.

6º Desayuno.

Cafetería del Edificio de consultas.

7º Electrocardiograma.

Consulta de preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas.

8º Consulta Preanestesia. Valoración médico anestesista.

Consulta Preanestesia. Planta segunda ala derecha. Edificio de consultas.

9º Consulta Enfermería.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera ala izquierda. Edificio de consultas.

Entregar preanestesia realizada.

10º Tomografía computarizada (TC).

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.
Ver hoja adjunta de preparación y cita.

ANEXO IV.3

HOJA DE RUTA PARA REALIZAR EXPLORACIONES PROGRAMADAS DE COLORRECTAL

1º Consulta Enfermería.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera ala izquierda. Edificio de consultas.

2º Consulta Médica.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera, ala izquierda. Edificio de consultas.

3º Extracción analítica.

Consulta de preanestesia. Planta segunda, ala derecha. Edificio de consultas.
Entregar petición de analítica que se adjunta.

4º Radiografía de tórax.

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.

5º Ecografía abdominal y opcional Ecografía endorrectal.

Exploraciones Digestivo.1º planta de Reina Sofía. Vestíbulo Principal.

6º Desayuno.

Cafetería del Edificio de consultas.

7º Electrocardiograma.

Consulta de preanestesia. Planta segunda, ala derecha. Edificio de consultas .

8º Consulta Preanestesia. Valoración médico anestesista.

Consulta Preanestesia. Planta segunda ala, derecha. Edificio de consultas.

9º Consulta Enfermería.

Consulta de Enfermería de Digestivo. Planta primera, ala izquierda. Edificio de consultas.

Entregar preanestesia realizada.

10º Tomografía computarizada (TC).

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.
Ver hoja adjunta de preparación y cita.

11º Resonancia magnética (RM) (opcional).

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.
Ver hoja adjunta de preparación y cita.

12º Enema opaco (opcional).

Servicio de Radiodiagnóstico. Planta sótano de Reina Sofía.
Ver hoja adjunta de preparación y cita.

ANEXO V

DIETA RESTRINGIDA EN FIBRA

Se evitarán las fibras vegetales, que no son digeridas en el organismo siendo atacadas y fermentadas en el colon aumentando la producción de gases y estimulando el peristaltismo intestinal.

ALIMENTOS DESACONSEJADOS

Legumbres: lentejas, garbanzos, judías

Verduras: (excepto los permitidos)

Frutas crudas: (excepto las permitidas)

Frutos secos: cacahuets, nueces, etc.

Cereales integrales: arroz integral, pan integral, etc.

ALIMENTOS PERMITIDOS

Cereales refinados

Pan blanco (mejor tostado), bizcotes, galletas tipo María

Arroz, pasta (macarrones, espaguetis, etc.)

Frutas

Cocidas, asadas o en almíbar (melocotón, membrillo, manzana, pera).

Zumos filtrados

Frutas crudas: plátanos maduros

Verduras

Zanahoria cocida, patata cocida y sin piel

Purés de verduras pasados por el “chino”.

Yemas de espárragos y corazones de alcachofas.

Carnes, pescados y huevos

Cualquiera que sea magro, sin grasa visible, a la plancha, asado o hervido

Se recomienda ingerir más cantidad de pescado que de carne, preferentemente pescado azul (caballa, sardinas, truchas, salmón, arenques, atún, anchoas, lubina)

Bebidas

Agua, infusiones, zumos filtrados

Grasas

Utilizar preferentemente aceite de oliva.

ANEXO VI.1

TRATAMIENTO CON HIERRO IV (VENOFER)

Unidad de Tratamiento Ambulatorio

Diagnóstico:

Indicación de tratamiento

Hb:

HTO:

Peso:_____ Kg

PAUTA DE TRATAMIENTO

Perfusión intravenosa de 2 amp. de Venofer (200 mg) diluidos en 250 de suero fisiológico.

Los primeros 15 minutos lento y el resto a pasar en 60 minutos

- Pauta de tratamiento

Se administrarán 3 dosis en días alternos (total 600 mg).

Cálculo dosis: Fórmula Ganzoni

Dosis total de Hierro = [Peso corporal (kg) x (Hb objetivo - Hb real) (g/dl)] x 2,4 + depósito de hierro (mg)

Control de constantes:

Tensión arterial y frecuencia cardiaca al comienzo y antes del alta así como si presenta algún síntoma.

Firma médico responsable:

Lugar de procedencia:

ANEXO VI.2

TRATAMIENTO CON HIERRO IV (FERINJECT)

Unidad de Tratamiento Ambulatorio

Diagnóstico:

Indicación de tratamiento

Hb:

HTO:

Peso: _____ Kg

PAUTA DE TRATAMIENTO

Pauta de tratamiento

___ Una dosis

___ Dos dosis con un intervalo de 1 semana entre ellas.

1º dosis: Perfusión intravenosa de _____ viales de Ferinject (500 mg) diluidos en 250 de suero fisiológico a pasar en 15 minutos.

2º dosis: Perfusión intravenosa de _____ viales de Ferinject (500 mg) diluidos en 250 de suero fisiológico a pasar en 15 minutos.

Cálculo de dosis

Peso < 35 Kg: dosis máxima 500 mg.

Dosis semanal máxima: 1.000 mg o 20 mg/Kg

Ferropenia con Hb ≥ 14 sólo 500 mg

Hb	Peso < 70 Kg	Peso ≥ 70 Kg
----	--------------	-------------------

≥ 10	1.000 mg	1.500 mg
-----------	----------	----------

7-10	1.500 mg	2.000 mg
------	----------	----------

Control de constantes:

Tensión arterial y frecuencia cardiaca al comienzo y antes del alta así como si presenta algún síntoma.

Firma médico responsable:

Lugar de procedencia:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía



SUBCOMISIÓN DE TUMORES DIGESTIVOS. FECHA:

ETIQUETA	PRESENTA DR.	LOCALIZACIÓN	RECIDIVA	RESUMEN Y DECISIÓN
	PRESENTADO YA	METÁSTASIS	DUDA OPERABILIDAD	



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía

ANEXO VIII.1

INFORMACIÓN PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON NEOPLASIA GÁSTRICA

Hay diferentes tipos de neoplasias que pueden ocurrir en el estómago y el más común es el adenocarcinoma. Entre los factores de riesgo para padecerlo están los antecedentes familiares en primer grado y la infección por *Helicobacter Pylori*

En la conferencia de consenso celebrada en Maastricht por el grupo europeo para el estudio del *Helicobacter* se ha recomendado la investigación de la infección y la erradicación, si existiera, en los familiares en primer grado de pacientes con adenocarcinoma gástrico. El motivo de esta recomendación es que la infección por *Helicobacter Pylori* puede provocar cambios progresivos en la mucosa del estómago como son: gastritis atrófica, metaplasia intestinal y finalmente displasia. Estos cambios, en ocasiones, dan lugar a un adenocarcinoma de estómago.

DESCUBRIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

La infección por una bacteria espiral y móvil, denominada *Helicobacter pylori*, es la causa principal de la gastritis crónica y de la úlcera, tanto del estómago como del duodeno. El *Helicobacter Pylori* es una bacterias espiral y móvil que se encuentra en el estómago humano y fue descrita por primera vez a principios del siglo XX, pero no fue hasta el año 1982 cuando Robin Warren y Barry Marshall, recientemente galardonados con el premio Nobel de Medicina, redescubrieron el germen y establecieron por primera vez su relación con la gastritis crónica y con la úlcera gastroduodenal. El descubrimiento de la bacteria *Helicobacter pylori* constituye, sin duda, uno de los avances más importantes en medicina de las últimas décadas.

¿CÓMO SE PUEDE ADQUIRIR LA INFECCIÓN?

La infección se adquiere en la infancia transmitida de persona a persona. En los países menos desarrollados la vía de contagio es fundamentalmente la fecal-oral, quizá en algunos casos a través del agua contaminada por las heces. En los países más desarrollados, sin embargo, la vía de contagio más probable es la oral o la gastro-oral (por ejemplo a través del vómito). La mayoría de las infecciones se adquieren durante la infancia y es raro el contagio durante la edad adulta. Los animales domésticos no son portadores de *Helicobacter pylori* y por tanto no pueden contagiar la infección. Una vez adquirida, la infección se mantiene a lo largo de la vida a no ser que se realice un tratamiento antibiótico adecuado.

¿ES MUY FRECUENTE ESTA INFECCIÓN?

Este organismo tiene una distribución mundial, siendo probablemente la infección bacteriana mas frecuente en el mundo (con la excepción de la caries dental). Una parte importante de la población española (en los adultos de más de 50 años, más del 50%) es portadora del germen.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE LA INFECCIÓN?

En la gran mayoría de las personas la infección da lugar solamente a una mínima inflamación (gastritis) en el estómago que no produce molestias ni implica riesgos. Se calcula que solamente uno de cada 10 portadores desarrolla una úlcera en relación con la infección.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

El diagnóstico se puede realizar por dos tipos de métodos. Los que necesitan de una endoscopia se denominan invasivos y los que se pueden realizar sin endoscopia no invasivos

entre la que se encuentran la prueba del aliento, la detección de anticuerpos para *Helicobacter* en sangre (serología) o la determinación de antígenos de esta bacteria en las heces. De entre estos métodos, el más fiable es la prueba del aliento; requiere simplemente beber un líquido con sabor a limón y soplar en un pequeño tubo. Es, sin duda, el diagnóstico de elección para controlar la respuesta al tratamiento de la infección. Es importante saber que la mayoría de las pruebas se alteran si usted está tomando antibióticos o medicamentos para la úlcera (antisecretores, como por ejemplo omeprazol). Así, para que los métodos diagnósticos sean fiables el tratamiento antibiótico debería haberse suspendido 30 días antes y los antisecretores (omeprazol y similares) al menos 15 días antes de realizarse la prueba diagnóstica.

¿CÓMO SE TRATA LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

No es fácil tratar esta infección, pues el interior del estómago es un lugar inhóspito, donde no llegan bien las células que se encargan de defender al organismo ni tampoco los antibióticos. Por ello es necesario asociar varios medicamentos antiulcerosos y antibióticos para conseguir eliminar la infección. El tratamiento que se recomienda actualmente asocia tres medicamentos distintos (dos antibióticos y un fármaco que disminuye la producción de ácido por el estómago) administrados dos veces al día, durante 7 a 10 días. Antes de iniciar el tratamiento su médico se asegurará de que usted no es alérgico a ninguno de los medicamentos que deberá tomar. Con este tratamiento se logra curar la infección en aproximadamente 8 de cada 10 pacientes. En caso de que no se logre eliminar la bacteria con un primer tratamiento, puede administrarse, si su médico lo considera indicado, un segundo tratamiento erradicador (que será distinto del primero).

UNA VEZ ELIMINADA LA INFECCIÓN ¿SE PUEDE VOLVER A CONTRAER? ¿SE DEBE REALIZAR ALGÚN TIPO DE CONTROL?

Si el tratamiento ha sido efectivo para eliminar la infección, es excepcional que la vuelva a contraer. Por tanto, no se justifica ninguna medida de control ni precaución.

ANEXO VIII.2

INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES CON NEOPLASIA COLORRECTAL

Las personas con una historia familiar de neoplasia colorrectal presenta un riesgo aumentado para el desarrollo de neoplasias en el colon. El número de familiares afectados, el grado de parentesco y la edad en el momento del diagnóstico de sus familiar o familiares determinará el momento de indicarle la realización de una exploración endoscópica del colon (colonoscopia), que es lo que se conoce como Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal.

La colonoscopia es el método de elección para el diagnóstico de los pólipos colorrectales y es eficaz en el cribado de neoplasias colorrectales. Es una exploración no exenta de riesgo, aunque el índice de complicaciones graves es bajo.

La mayoría de las neoplasias colorrectales se inician a partir de un pólipo (tipo adenoma), y aunque no todos los adenomas progresan a una neoplasia, todos los pólipos identificados durante una colonoscopia deben extirpados (polipectomía). La polipectomía es el tratamiento de elección de los adenomas colorrectales.

La intención del Programa de Prevención es detectar y extirpar los adenomas antes de que progresen a una neoplasia. En el caso de encontrar algún adenoma las exploraciones se repetirán con más frecuencia.

INDICACIONES SEGÚN PARENTESCO Y 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
Segundo grado (abuelos, tíos, sobrinos)	1		50 años	10 años
	2		40 años	10 años
Tercer grado (bisabuelos, primos)			50 años	10 años

Situaciones especiales:

- Neoplasia colorrectal hereditaria no asociada a poliposis (criterios Ámsterdam II):
 - Tres o mas familiares afectados de una neoplasia asociada (colorrectal, endometrio, intestino delgado, uréter o pelvis renal) uno de ellos familiar de primer grado de los otros dos.
 - Dos o más generaciones sucesivas afectas.
 - Uno o más familiares afectados de neoplasia colorrectal diagnosticado antes de los 50 años.
 - No existencia de poliposis adenomatosa familiar.

El Programa de Prevención consistirá en colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 20-25 años o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven (lo primero que ocurra).

- Poliposis adenomatosa familiar:

- Persona con mas de 100 adenomas colorrectales.
- Persona con múltiples adenomas y familiar de primer grado de un paciente afecto de poliposis adenomatosa familiar.

El Programa de Prevención consistirá en colonoscopia anual a partir de la pubertad y hasta los 30-35 años de edad, y cada 5 años hasta los 50-60 años de edad.

Se realizará endoscopia digestiva alta con endoscopio de visión lateral cada 3 años a partir de los 30 años de edad.