

## UNIDAD DE EXPLORACIONES DE APARATO DIGESTIVO

### Procedimiento de solicitud de endoscopia digestiva para Atención Primaria

#### Justificación

Un gran número de derivaciones a las consultas de primer nivel de aparato digestivo tienen indicación de realización de una endoscopia del tubo digestivo ya sea alta (endoscopia digestiva alta) o baja (endoscopia digestiva baja o colonoscopia). Las indicaciones de una endoscopia digestiva están claramente definidas y aceptadas. Por estos dos motivos existe la posibilidad de acortar los tiempos globales de atención al paciente que precisa la realización de una endoscopia digestiva alta o baja cuando ambos equipos, atención primaria y aparato digestivo, comparten protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

En nuestra comunidad autónoma y relacionados con el aparato digestivo existen diversos procesos asistenciales en cuyos textos de especifica y define el momento en el que es preciso la realización de un estudio endoscópico del tubo digestivo. Estos procesos asistenciales son: Dispepsia, Cáncer Colorrectal, Anemia, Colelitiasis / Colecistitis, Dolor Abdominal, Hepatitis Vírica y Trasplante Hepático. También están disponibles guías de práctica clínica elaboradas entre las sociedades de Aparato Digestivo y Medicina Familiar y Comunitaria, en las que también quedan claramente establecidas las indicaciones y el momento de realización de una endoscopia del tubo digestivo como son: Reflujo Gastroesofágico, Dispepsia, Rectorragia, Prevención del Cáncer Colorrectal y Síndrome del Intestino Irritable.

#### Objetivos

Los objetivos de este procedimiento son tres:

- Protocolizar la derivación de pacientes con procesos digestivos prevalentes.
- Potenciar el acto único.
- Habilitar la solicitud desde Atención Primaria de exploraciones endoscópicas.

#### Análisis del potencial del procedimiento

En un análisis de 59.619 historias clínicas informatizadas de pacientes atendidos en las consultas de primer nivel de nuestro servicio de aparato digestivo entre los años 1.999 y 2.011 la distribución por síntomas fue la siguiente:

- Dolor abdominal 18,54%
- Epigastralgia 13,61%
- Rectorragia 7,24%
- Dispepsia 5,95%
- Antecedentes familiares primer grado cáncer colorrectal 5,88%
- Reflujo gastroesofágico 4,65%
- Diarrea crónica 4,41%
- Elevación transaminasas 4,41%
- Alteración hábito intestinal 3,23%
- Anemia 3,15%
- Disfagia 3,02%
- Estreñimiento 2,95%

- Diarrea aguda 2,34%
- Dolor hipocondrio derecho 1,32%
- Hemorragia digestiva alta 0,70%
- Patología hemorroidal 0,55%

En relación a la actividad de la Unidad de Exploraciones de Aparato Digestivo en 2.103 por solicitudes recibidas desde nuestras consultas de primer nivel

- Endoscopia digestiva alta.
  - o Se recibieron 1.460 solicitudes (50,57% de la actividad ambulatoria).
  - o El 49,1% correspondieron a indicaciones de la esfera de la dispepsia (dolor epigástrico, dispepsia, dolor abdominal y vómitos).
  - o 31,1% por síntomas de la esfera del reflujo gastroesofágico (reflujo gastroesofágico, disfagia, dolor torácico atípico y odinofagia).
  - o 7,9% por anemia.
  - o 0,9% por síndrome constitucional.
  - o 11,0 % por otras indicaciones.
- Colonoscopia
  - o Se recibieron 1.551 solicitudes (40,41% de la actividad ambulatoria).
  - o El 48,2% correspondieron a indicaciones de la esfera del cáncer colorrectal (rectorragia, alteración del hábito intestinal, anemia, masa rectal o abdominal o imagen radiológica).
  - o 0,6% por test de sangre oculta en heces positivo.
  - o 25,8% por antecedentes familiares en primer grado de cáncer colorrectal.
  - o 13,3% por control de pólipos.
  - o 1,2% por control del paciente intervenido de cáncer colorrectal.
  - o 8,0% por dolor abdominal
  - o 0,6% por síndrome constitucional.
  - o 2,3 % por otras indicaciones
- Rectosigmoidoscopia
  - o Se recibieron 170 solicitudes (40,96% de la actividad ambulatoria).
  - o 67,1% correspondieron a indicaciones de la esfera del cáncer colorrectal (rectorragia, alteración del hábito intestinal, masa rectal o imagen radiológica).
  - o 4,7% por control de pólipos.
  - o 0,6% por control del paciente intervenido de cáncer de recto.
  - o 17,1% por dolor ano-rectal.
  - o 10,5% por otras indicaciones.

Agrupando esta información el potencial de este procedimiento de solicitud de endoscopia digestiva para Atención Primaria es el siguiente:

- Endoscopia digestiva alta
  - o 80,2% de las solicitudes de consulta de primer nivel.
    - Reflujo gastroesofágico y dispepsia.
  - o 40,6% de la actividad ambulatoria de la unidad de exploraciones.
- Colonoscopia
  - o 89,1% de las solicitudes de consulta de primer nivel.

- Cáncer colorrectal, Sangre oculta heces positiva, antecedentes familiares primer grado cáncer colorrectal, control de pólipos y control cirugía
- 36,1% de la actividad ambulatoria de la unidad de exploraciones.
- Rectosigmoidoscopia
  - 67,1% de las solicitudes de consulta de primer nivel.
    - Cáncer colorrectal
  - 27,5% de la actividad ambulatoria de la unidad de exploraciones.

### **Análisis de los circuitos posibles entre Atención Primaria y Aparato Digestivo para el estudio de pacientes que precisan la realización de una endoscopia digestiva**

Se pueden diseñar tres circuitos:

1.- *Clásico*: el paciente sigue una ruta en la que aunque su médico de familia detecta un problema, es el médico de aparato digestivo el que toma las decisiones de estudio y tratamiento. El peso del diagnóstico, tratamiento y seguimiento recae sobre el médico de aparato digestivo lo que puede ser útil en ciertos casos complejos pero conlleva redundancia en las actividades de ambas especialidades y un acúmulo de tiempos de espera que finalmente dan lugar a retrasos inaceptables en el estudio.

2.- *Unidad de exploraciones abierta a atención primaria*: es el médico de familia el que toma las decisiones de estudio y tratamiento y tan sólo consulta con el médico de aparato digestivo cuando el problema se escapa a su ámbito de conocimiento. Facilita la realización de exploraciones endoscópicas pero existe una desconexión entre ambas especialidades por lo que el paciente termina siendo derivado a aparato digestivo en un número significativo de casos ya que ante una patología funcional, en la que las exploraciones son normales pero existe una persistencia de síntomas, o una patología compleja el paciente precisa de la atención en consultas de aparato digestivo.

3.- *Lineal*: el médico de atención primaria y aparato digestivo comparten funciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento facilitando el rápido acceso, sin redundancias, a las prestaciones de nuestro sistema sanitario. Se asegura que en los casos de patología funcional o patología compleja se aplican los protocolos y procedimientos de estudio más avanzados.

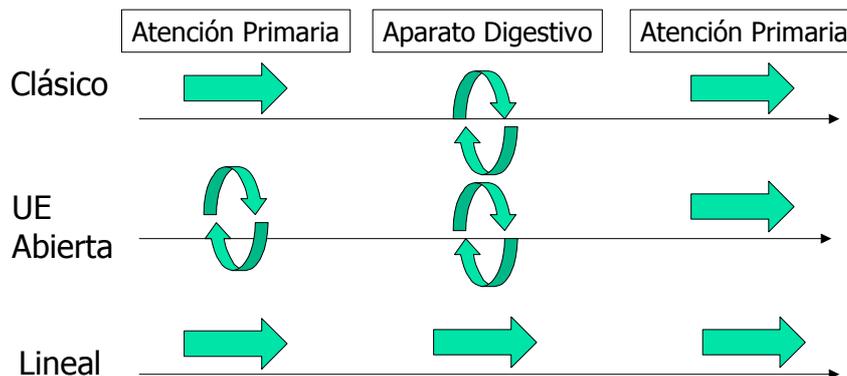
Las actividades, resumidas de los tres circuitos serían las siguientes:

- Circuito Clásico
  - Atención Primaria
    - Detección problema Digestivo
    - Derivación a consulta Digestivo
  - Consulta Digestivo
    - Valoración
    - Solicitud de exploraciones endoscópicas
  - Unidad Exploraciones
    - Realización de exploraciones endoscópicas
  - Consulta Digestivo
    - Valoración de resultados
    - Tratamiento

- Realización de otras exploraciones complementarias
  - Otros tratamientos
- Atención Primaria
  - Continuación seguimiento
  - Tratamiento
- Unidad de exploraciones abierta a Atención Primaria
  - Atención Primaria
    - Detección problema Digestivo
    - Valoración
    - Solicitud exploraciones endoscópicas
  - Unidad Exploraciones
    - Realización de exploraciones endoscópicas
  - Atención Primaria
    - Valoración de resultados
    - Tratamiento
    - Dudas diagnósticas / No respuesta a tratamiento
  - Digestivo
    - Realización de otras exploraciones complementarias
    - Otros tratamientos
  - Atención Primaria
    - Continuación seguimiento
    - Tratamiento
- Lineal
  - Atención Primaria
    - Detección problema Digestivo
    - Valoración
    - Tratamiento inicial
    - Solicitud exploraciones endoscópicas
  - Unidad Exploraciones
    - Realización de exploraciones endoscópicas
  - Digestivo
    - Valoración de resultados
    - Ajuste de tratamiento
    - Dudas diagnósticas / No respuesta a tratamiento
    - Realización de otras exploraciones complementarias
    - Otros tratamientos
  - Atención Primaria
    - Continuación seguimiento
    - Tratamiento

En una representación gráfica se podría interpretar de la siguiente forma

## Comparación Gráfica Actividades



Y en una gráfica de tiempos, considerando un plazo máximo de 60 días para la atención en consulta de aparato digestivo, un plazo máximo de 30 días para la realización de una exploración endoscópica y un plazo máximo de 120 días para una revisión en consulta de aparato digestivo,

## Comparación Gráfica Tiempos

<b>Clásico</b>	60	30	120
Total $\Sigma$	60	90	210

<b>Lineal</b>	30	60
Total $\Sigma$	30	60

A.P. Digestivo Endoscopia Digestivo A.P.

↓  
Detección de problemas relevantes → Circuito específico

## **Justificación de un circuito lineal. Ventajas de un circuito lineal.**

Para este procedimiento se ha optado por implantar el circuito Lineal.

La justificación viene dada de la necesidad de dar solución a las carencias de los circuito de estudio clásico y de un circuito de unidad de exploraciones de aparato digestivo abierta a atención primaria. Estas quedan reflejadas y resumidas en cada grupo de patología de la siguiente forma:

- Dispepsia y Reflujo gastroesofágico
  - Síntomas recurrentes
  - Patología funcional
  - Exploraciones endoscópicas normales con frecuencia
- Sospecha CCR y Prevención CCR familiares primer grado
  - Exploraciones endoscópicas > 20 % tienen pólipos adenomatosos
  - Información resultado biopsias
  - Indicaciones de seguimiento
- Programa Poblacional Cribado CCR (SOH +)
  - Protocolo institucional
  - Exploraciones endoscópicas con elevado % lesiones neoplásicas
  - Inclusión circuito específico estudio neoplasias
  - Indicaciones de seguimiento pólipos adenomatosos
- Seguimiento Pólipos adenomatosos y Seguimiento intervenido CCR
  - Exploraciones endoscópicas programadas
  - Indicaciones de seguimiento pólipos adenomatosos

Por tanto, en circuito con un diseño lineal se facilita el acceso a la realización de una exploración del aparato digestivo directamente desde atención primaria, que es la gran ventaja del circuito de unidad de exploraciones abierta a atención primaria, también se facilita que los resultados de la exploración así como una reevaluación de la problemática del paciente sea realizada por el médico de aparato digestivo, que es la gran ventaja del diseño clásico. Además, se solucionan los problemas de demora acumulativa de los circuitos clásico y unidad abierta a atención primaria y el problema de desconexión entre ambas especialidades del circuito de unidad abierta a atención primaria. Igualmente, se facilita el acceso rápido a circuitos específicos tras la detección de un problema relevante en la unidad de exploraciones, con lo que se asegura el rápido acceso a completar estudios e iniciar tratamiento en patología relevante, ya sea neoplásica o no neoplásica. También se asegura que el paciente con sospecha de patología funcional recibe una adecuada atención y estudio y que el paciente que precisa un seguimiento periódico es informado según las últimas recomendaciones e incluido en un protocolo de seguimiento.

## **Desglose de las actividades en un circuito lineal en atención primaria, unidad de exploraciones y consulta de aparato digestivo**

Para poder implantar este circuito es necesario que cada área conozca sus actividades y en qué forma y momento debe proceder.

### **- Atención primaria**

- Historia clínica y detección de pacientes con indicación de exploración endoscópica.
  - Indicaciones relacionadas y definidas en el Anexo 1.
- Tratamiento inicial, si protocolizado.
- Solicitud, en Documento Protocolizado, de Exploración Endoscópica (anexo 2).
  - Entrega del Consentimiento informado.
  - Entrega del Protocolo de preparación.
  - La cita será asignada en secretaría unidad exploraciones.
  - La preparación será entregada en Centro Salud o Unidad Exploraciones según disponibilidad en Centro Salud.
- Solicitud de primera consulta digestivo.
  - Solicitud en Diraya.
  - Indicar: Protocolo solicitud endoscopia desde Atención Primaria.
  - Completar con la información clínica que se considere.
  - Adjuntar la solicitud de Consulta a la solicitud de Endoscopia.
- La cita será asignada en secretaría digestivo, una vez conocida la cita de endoscopia.
- Enviar ambas solicitudes, a la Unidad de Exploraciones de Aparato Digestivo.

### **- Unidad Exploraciones Aparato Digestivo**

- Recepción de documentos de solicitud.
  - Cita de exploración endoscópica.
  - Cita en consulta de aparato digestivo.
- Comunicación de citas.
  - Correo (se acompaña de una hoja informativa (anexo 3, anexo 4 o anexo 5)) o
  - Telefónica.
- Realización de exploración endoscópica.
- Control estudios anatomopatológicos.

### **- Consulta de Aparato Digestivo**

- Completar historia clínica de Atención Primaria.
- Ajuste de tratamiento, si precisara.
- Solicitud de otras exploraciones complementarias, si fuera preciso.
- Generación de informe escrito.
- No seguimiento.
  - Cierre del episodio con información al paciente
- Seguimiento por Antecedentes Personales CCR, Familiares CCR o Pólipos Adenomatosos u otros problemas
  - < 5 años seguimiento Digestivo
  - >= 5 años seguimiento Atención Primaria

## ¿Dónde se encuentran disponibles los formularios, consentimientos y protocolos?

En la WEB del Hospital Universitario Reina Sofía en el apartado de  
Exploraciones Complementarias

Protocolos e Impresos

Digestivo

Formularios exploraciones

Exploraciones. Atención primaria

Consentimientos informados

Endoscopia digestiva alta

Endoscopia digestiva baja

Protocolos exploraciones

Protocolo endoscopia digestiva baja preparación Moviprep

Protocolo endoscopia digestiva baja preparación Citrafleet



[<-- Volver al Area Médica](#)

[Acceso aplicaciones](#)  
[Consentimientos informados](#)  
[Plantillas](#)  
[Protocolos e impresos](#)  
  [Descarga de Documentos](#)  
  [Digestivo](#)  
[Informes Nefrología](#)  
[Consulta Usuarios DAH](#)

### Documentación Digestivo

- [Consentimientos Informados](#)
- [Información a Pacientes](#)
- [Formularios Solicitudes](#)
- [Procedimientos](#)
- [Protocolos Equipamiento](#)
- [Protocolos Exploraciones](#)
- [Protocolos Técnicas](#)
- [Recomendaciones al Alta](#)
- [Secretaría Unidad Exploraciones Apar. Digestivo](#)

## Anexo 1. 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.

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 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 sénil 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.

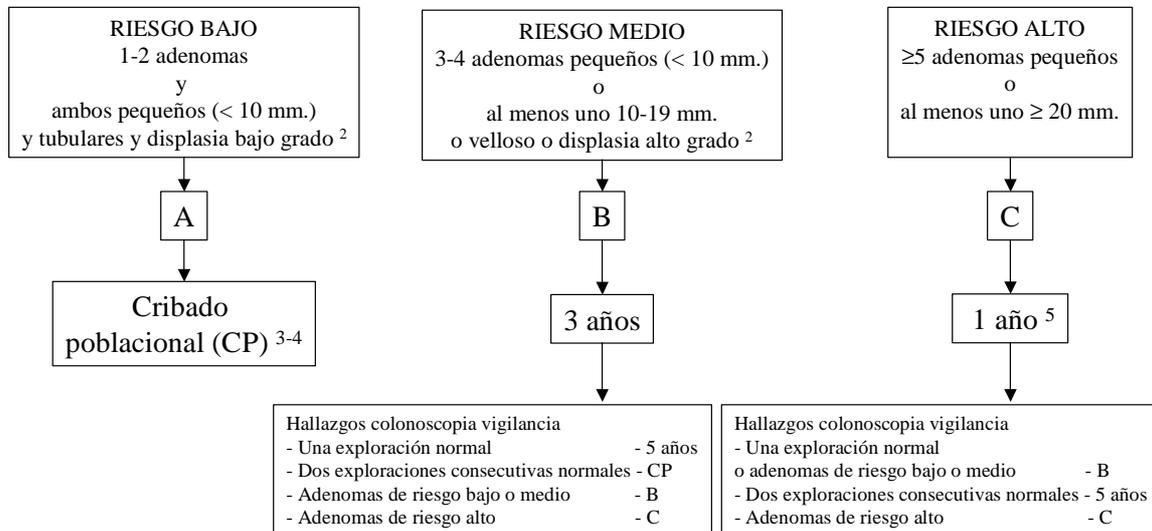
Todos los pólipos identificados durante la endoscopia deben ser resecados, ya sea mediante polipsectomía endoscópica o quirúrgica. Si no se han extirpado en la colonoscopia índice debe procederse a una nueva sesión o considerar otras alternativas

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 <sup>1</sup>



**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

**Anexo 2. FORMULARIO SOLICITUD EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO**

**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO**

<b>PACIENTE (espacio etiqueta)</b>		<b>FACULTATIVO</b>	
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 3. HOJA INFORMATIVA PARA SOLICITUD DE CONSULTA EN APARATO DIGESTIVO COORDINADA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Una vez valorada la solicitud de derivación a las consultas de aparato digestivo realizada por su médico de familia, se considera oportuno la realización de una exploración endoscópica del tramo digestivo alto. Ésta será realizada previamente a la cita en consulta.

Por tal motivo **se le adjuntan 2 citas:**

1.- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

2.- CONSULTA

Junto a la cita de la Endoscopia Digestiva Alta tiene otros documentos que debe leer atentamente:

- **Consentimiento informado** en el que se le explica:

- En qué consiste y para qué sirve
- Cómo se realiza
- Qué efectos le producirá
- En qué le beneficiará
- Otras alternativas disponibles
- Qué riesgos tiene
- Situaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta
- Otras informaciones de interés.

- **Protocolo de preparación**

- Ayunas desde 8 horas antes de la exploración.

Si tiene alguna duda consulte con su médico de atención primaria.

#### **Cambios o anulaciones de citas**

Al pie de cada cita tiene un número de teléfono al que podrá llamar para cambios de fecha o anulación de cita. Recuerde que la cita de la consulta deberá ser siempre posterior a la de la exploración.

#### **Anexo 4. HOJA INFORMATIVA PARA SOLICITUD DE CONSULTA EN APARATO DIGESTIVO COORDINADA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA**

Una vez valorada la solicitud de derivación a las consultas de aparato digestivo realizada por su médico de familia, se considera oportuno la realización de una exploración endoscópica del colon. Ésta será realizada previamente a la cita en consulta.

Por tal motivo **se le adjuntan 2 citas:**

- 1.- COLONOSCOPIA (en algunos casos será una Sigmoidoscopia)
- 2.- CONSULTA

Junto a la cita de la colonoscopia tiene otros documentos que debe leer atentamente:

- **Consentimiento informado** en el que se le explica:

- En qué consiste y para qué sirve
- Cómo se realiza
- Qué efectos le producirá
- En qué le beneficiará
- Otras alternativas disponibles
- Qué riesgos tiene
- Situaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta
- Otras informaciones de interés.

- **Protocolo de preparación**

- Siga las instrucciones para la preparación.
- Es fundamental conseguir una buena limpieza del colon para poder verlo bien con el endoscopio y no tener que repetir la exploración.
- La preparación se la podemos facilitar, gratuitamente, en la unidad de exploraciones de aparato digestivo que está ubicada en el Hospital Reina Sofía, entrando por el vestíbulo principal, en la primera planta (frente al edificio de consultas externas).

Si tiene alguna duda consulte con su médico de atención primaria.

#### **Cambios o anulaciones de citas**

Al pie de cada cita tiene un número de teléfono al que podrá llamar para cambios de fecha o anulación de cita. Recuerde que la cita de la consulta deberá ser siempre posterior a la de la exploración.

## **Anexo 5. HOJA INFORMATIVA PARA SOLICITUD DE CONSULTA EN APARATO DIGESTIVO COORDINADA CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA**

Una vez valorada la solicitud de derivación a las consultas de aparato digestivo realizada por su médico de familia, se considera oportuno la realización de una exploración endoscópica del tramo digestivo alto y del colon. Éstas serán realizadas previamente a la cita en consulta.

Por tal motivo **se le adjuntan 3 citas:**

- 1.- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
- 2.- COLONOSCOPIA (en algunos casos será una Sigmoidoscopia)
- 3.- CONSULTA

Junto a las citas de la endoscopia digestiva alta y colonoscopia tiene otros documentos que debe leer atentamente:

- **Consentimientos informados** en el que se le explica:

- En qué consiste y para qué sirve
- Cómo se realiza
- Qué efectos le producirá
- En qué le beneficiará
- Otras alternativas disponibles
- Qué riesgos tiene
- Situaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta
- Otras informaciones de interés.

- **Protocolo de preparación de endoscopia digestiva alta**

- Ayunas desde 8 horas antes de la exploración.

- **Protocolo de preparación de colonoscopia**

- Siga las instrucciones para la preparación.
- Es fundamental conseguir una buena limpieza del colon para poder verlo bien con el endoscopio y no tener que repetir la exploración.
- La preparación se la podemos facilitar, gratuitamente, en la unidad de exploraciones de aparato digestivo que está ubicada en el Hospital Reina Sofía, entrando por el vestíbulo principal, en la primera planta (frente al edificio de consultas externas).

Si tiene alguna duda consulte con su médico de atención primaria.

### **Cambios o anulaciones de citas**

Al pie de cada cita tiene un número de teléfono al que podrá llamar para cambios de fecha o anulación de cita. Recuerde que la cita de la consulta deberá ser siempre posterior a la de la exploración.