

PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

ACTUALIZACIÓN MAYO 2007

ÍNDICE

SOLICITUD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....	3
ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA INICIAL ANTE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS (DISPEPSIA NO INVESTIGADA)	6
ACTUACIÓN ANTE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.....	10
CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ: ¿QUÉ LESIONES HAY QUE VIGILAR Y CUANDO?.....	13
NUEVA GUÍA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO TRAS UNA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA (ESTRATEGIA EN LA VIGILANCIA DE LOS ADENOMAS COLORRECTALES).....	15
EL ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA). ORIENTACIONES ACERCA DE SU UTILIDAD CLÍNICA.....	17
SOLICITUD DE ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....	19
ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON COLELITIASIS.....	19
ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON ALTERACIÓN AGUDA DE TRANSAMINASAS.....	20
ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON ALTERACIÓN CRÓNICA DE TRANSAMINASAS.....	21
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES SEGÚN PATOLOGÍA: DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.....	22
EVALUACIÓN.....	22
ANEXO 1: PAUTAS PARA LAS EXPLORACIONES DIGESTIVAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES.....	23
ANEXO 2: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.....	24
ANEXO 3: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.....	28
ANEXO 4: PREPARACIÓN PARA LA RECTOSCOPIA, SIGMOIDOSCOPIA O COLONOSCOPIA.....	32
ANEXO 5: PROFILAXIS ENDOCARDITIS. PAUTAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA	33
BIBLIOGRAFÍA.....	35

Los siguientes son protocolos de actuación que abarcan a ciertas patologías digestivas. Independientemente de ellos, el Médico de Atención Primaria, siempre que lo estime necesario, solicitará consulta a Digestivo desde Atención Primaria a través de la hoja de solicitud de consulta de asistencia especializada.

Para las solicitudes de consulta o de endoscopia con carácter preferente, se aconseja contactar directamente en los digestólogos. Éstos tienen un horario de atención preferente a las consultas de los profesionales de A. Primaria:

LUNES A VIERNES: 8,30 A 9,00H

14,00 A 14,30H

Tel: 927428300 (centralita). Extensiones 78196 ó 78248.

SOLICITUD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

- La solicitud de la prueba se realizará en **la hoja de solicitud de consulta al Segundo Nivel** (o en hoja de solicitud de pruebas complementarias que se difunda al efecto) y se tramitará, a través de la **Unidad Administrativa del Centro de Salud**, al Servicio de Admisión del Hospital Virgen del Puerto, de forma similar al resto de interconsultas.
- En la hoja debe figurar el resumen de los datos de anamnesis, exploración física, analítica y la sospecha diagnóstica. Deberá quedar bien visible la prueba endoscópica que se solicita.
- El paciente será, asimismo, debidamente informado en Atención Primaria, y acudirá el día de la cita a la **Sala de Endoscopias** del Hospital "Virgen del Puerto" (3ª planta) con **la hoja de consentimiento firmada** y en las **condiciones de preparación** indicadas en la hoja de información. Además se debe aconsejar al paciente que acuda acompañado. La solicitud de endoscopia se habrá enviado previamente al Hospital para estar disponible el día de la prueba. Además, se le habrá entregado una copia al paciente.
- Dado que la endoscopia digestiva puede ser una exploración molesta y dolorosa, en ocasiones se precisará la utilización de **premedicación** (sedación y/o analgésicos).
- Una vez realizada la prueba, el endoscopista elaborará un **informe completo que hará llegar al Médico de Atención Primaria a través del correo interno**, y que incluirá:
 - Resultado de la endoscopia. Diagnóstico endoscópico.
 - Plan de actuación, si procede: derivación a consulta de digestivo para estudio; derivación a cirugía u otra consulta; estudio anatomopatológico.
 - Pauta de actuación y/o seguimiento en Atención Primaria: ampliación de estudio (analítica, radiología, etc.); exploraciones endoscópicas de control si precisa; plan terapéutico.
 - El resultado del estudio anátomo-patológico se enviará posteriormente por correo interno al Médico de Atención Primaria.
 - El envío de estos informes es independientemente de la información verbal y/o escrita que el digestólogo proporcione al paciente.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

INDICACIONES.-

1. Solicitud Urgente:

Se derivará al paciente al **Servicio Hospitalario de Urgencias**, en los siguientes procesos:

- **Hemorragia digestiva alta.** (hematemesis o melenas).
- **Ingestión de caústicos.**
- **Cuerpo extraño en vías digestivas superiores.**

2. Solicitud Preferente:

Se solicitará una endoscopia digestiva alta con carácter preferente desde Atención Primaria en el caso de **Dispepsia**, siempre que sea de **reciente aparición y/o se acompañe de algún signo de gravedad**: pérdida de peso inexplicable; disfagia; vómitos persistentes; hemorragia (alta o baja), anemia, masa epigástrica (ver "Estrategia diagnóstica inicial ante un paciente con síntomas dispépticos-dispepsia no investigada-").

3. Solicitud Ordinaria:

Se solicitará una endoscopia digestiva alta con carácter ordinario desde Atención Primaria en los siguientes procesos:

- **Dispepsia con o sin signos de Reflujo Gastroesofágico, cuando:**
 - a) no haya signos de gravedad
 - b) no responda tras dos semanas de tratamiento
 - c) recidive tras suspender el tratamiento.
- **Sospecha de recidiva de Ulcus Gástrico.**
- **Anemia Ferropénica:** en varones de cualquier edad o en mujeres mayores de 45 años.
- **Control y vigilancia de Esofagitis Caústica.**
- **Detección precoz del cáncer gástrico: ¿ que lesiones hay que vigilar y cuando? Ver apartado específico.**

ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

INDICACIONES:

- El tramo a explorar variará según la clínica:
 - Si molestias anales o anorrectales: **Rectosigmoidoscopia.**
 - Si sangrado de sangre roja: **Colonoscopia Izquierda.**
 - Si anemia o pólipos: **Colonoscopia total.**
- Las situaciones que limitan la rentabilidad de esta prueba son:
 - Mala preparación del paciente. Es la limitación mas frecuente.
 - Existencia de adherencias por cirugía abdominal previa o por peridiverticulitis.
 - Alteraciones anatómicas.
 - Presencia de estenosis inflamatorias o neoplásicas.

1. Solicitud Urgente:

Se derivará al paciente al **Servicio Hospitalario de Urgencias** en caso de **rectorragia con repercusión hemodinámica.**

2. Solicitud Preferente:

Se solicitará una colonoscopia con carácter preferente desde Atención Primaria en los siguientes procesos:

- **Heces sanguinolentas o heces con sangre.**
- **Diarrea con sangre.**

- **Anemia ferropénica o de procesos crónicos** en varones de cualquier edad o en mujeres mayores de 45 años. En este caso se valorará individualmente la pertinencia de solicitar primero la endoscopia alta o la baja.

3. Solicitud Ordinaria:

Se solicitará una colonoscopia con carácter ordinario desde Atención Primaria en los siguientes procesos:

- **Estudio por familiares con Cáncer de Colon:**

- a) **Pacientes asintomáticos:**

- Pacientes con 2 familiares de 1^{er} grado (padres, hermanos e hijos) con cáncer de colon: colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años.
 - Pacientes con 1 familiar de 1^{er} grado (padres, hermanos e hijos) diagnosticado de cáncer de colon antes de los 60 años: colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años.
 - Pacientes con 1 familiar de 1^{er} grado diagnosticado de cáncer de colon después de los 60 años o con 2 familiares de 2^o grado (abuelos, tíos, sobrinos) diagnosticados de cáncer de colon: colonoscopia cada 10 años a partir de los 40 años.

Las anteriores pautas de seguimiento (indicación de nuevas exploraciones colónicas) pueden ser modificadas por el endoscopista y/o digestólogo en función del resultado de la exploración.

Los casos de Cáncer Colorrectal Hereditario No asociado a Poliposis (CCHNP, enfermedad de herencia autosómica dominante caracterizada por la aparición de cáncer colorrectal histológicamente de tipo mucinoso, antes de los 50 años, de predominio en hemicolon derecho y asociado a una elevada tendencia a presentar otras neoplasias en el intestino grueso o en otros órganos) y los de Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF, de herencia autosómica dominante caracterizada por la presencia de más de 100 pólipos adenomatosos a lo largo de todo el intestino grueso y a una edad temprana) son de seguimiento por parte de la atención hospitalaria.

- b) **Pacientes sintomáticos:**

El médico de familia valorará la solicitud de colonoscopia ante la aparición de síntomas, independientemente de los criterios establecidos en el punto anterior.

- **Revisión de Pólipos de Colon:** según pauta indicada en el apartado “Nueva guía clínica de seguimiento tras una polipectomía endoscópica”.
- **Molestias anales o anorrectales.**
- **Todas las revisiones establecidas por el endoscopista y/o digestólogo.**
- **En cuanto a la población general de riesgo medio, es decir, la que no presenta riesgo aumentado por antecedentes personales ni familiares,** se podrían plantear varias estrategias de cribado a partir de los 50 años (sangre oculta en heces anual o bienal, sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años), pero son precisos aún estudios de efectividad, aceptabilidad, relación coste-efectividad y de disponibilidad de recursos antes de recomendar cualquiera de estas actuaciones de forma general.

El resto de procesos no recogidos en este protocolo se estudiarán como viene siendo habitual, y se derivarán a consulta de digestivo cuando el médico de familia lo considere oportuno.

CONTRAINDICACIONES:

1. Absolutas:

- Diverticulitis aguda.
- Sospecha de perforación de víscera hueca.
- Presencia de signos de peritonitis.
- Falta de colaboración del paciente.

2. Relativas:

- IAM en las tres semanas previas.
- Embolismo Pulmonar.
- Colitis fulminante.
- Cirugía reciente de colon.
- Para la polipectomía son contraindicaciones relativas los trastornos de la coagulación y el paciente con marcapasos.

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA INICIAL ANTE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS (DISPEPSIA NO INVESTIGADA)

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la dispepsia es del 25% de la población adulta; aunque sólo uno de cada dos pacientes demanda asistencia médica. La dispepsia representa el 8,2 % de todas las consultas de Atención Primaria y hasta el 40 % de las de Atención Especializada-A. Digestivo.

En un 60 % de pacientes con síntomas de dispepsia no se encuentra alteración orgánica (estructural o bioquímica) y es la que se denomina Dispepsia Funcional.

La dispepsia representa un factor importante para la calidad de vida en relación con la salud de los pacientes; por otra parte, también representa un coste importante.

DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN

No existe una **definición** única para definir la dispepsia, describiéndose como un dolor, malestar o incomodidad en epigastrio (se descartan las localizaciones de hipocondrios derecho e izquierdo), continuo o intermitente, relacionado o no con la ingesta.

En la práctica diaria, es interesante considerar:

- 1- **Dispepsia no investigada:** pacientes dispépticos que nunca han sido evaluados.
- 2- **Dispepsia orgánica:** pacientes evaluados en los cuales se detecta una causa orgánica.
- 3- **Dispepsia funcional:** pacientes en los que tras evaluación (incluida la endoscopia), no se encuentra una causa orgánica que justifique los síntomas.

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA:

Ante una dispepsia aún no estudiada, conviene, pues, etiquetarla de posiblemente orgánica o no orgánica. Hay factores que tras una **historia, una exploración clínica y una analítica básica**, influyen en la toma de decisiones en el manejo de un paciente con dispepsia.

Entonces se pueden establecer la presencia o ausencia de signos de alarma (ver recuadro) que condicionan muy fuertemente la actitud a adoptar.

SÍNTOMAS DE ALARMA

- Pérdida de peso inexplicable
- Vómitos persistentes
- Disfagia
- Hemorragia (alta o baja)
- Anemia
- Masa epigástrica

Uno de los puntos clave, necesario e indispensable, para el diagnóstico de la dispepsia funcional, es la realización de una endoscopia. La Dispepsia Funcional tiene una alta prevalencia, interfiere en la calidad de vida de paciente, se conocen mal los mecanismos fisiopatológicos que la producen lo que dificulta un tratamiento plenamente eficaz, y por fin, es de evolución benigna.

Todo esto hace que la indicación de una endoscopia necesite unos criterios. Estos se establecen en base a dos posturas posibles: (A) realización de una endoscopia oral a todo paciente con dispepsia presumiblemente funcional, o (B) realización de una endoscopia sólo en algunos casos seleccionados.

A- A favor de realizar endoscopia en todos los pacientes: la realización de la endoscopia tiene un efecto tranquilizador sobre el paciente, al anunciarle que es normal; por otra parte, si bien la realización de la endoscopia tiene un coste, el efecto tranquilizador sobre el paciente genera en lo sucesivo menos consultas y menos tratamientos, con lo cual no parece que el coste final sea superior a la no realización de la endoscopia, ya que algunos pacientes a los que no se le hace endoscopia sí que generan más consultas, tratamientos y en muchos casos, posteriormente, la realización de la endoscopia.

B- A favor de seleccionar los pacientes a los que se les realiza una endoscopia:

Se trata de una afección crónica y de evolución benigna, sin tratamiento específico y en todos los casos de dispepsia funcional va a ser normal (criterio de definición de la Dispepsia Funcional). No conviene pues, realizársela a todos los pacientes por el coste que supone. Además tiene posibles efectos secundarios y no siempre se dispone de ella.

Ante estas dos posturas, ambas sostenidas con sólidos argumentos, la tendencia de todos los autores es, teniendo en cuenta ciertos criterios, a adoptar la segunda postura, es decir **seleccionar los pacientes a los que se les va a realizar una endoscopia oral, sin cerrarse totalmente** a la primera actitud, teniéndola en cuenta en los casos de pacientes especialmente preocupados por sus síntomas dispépticos.

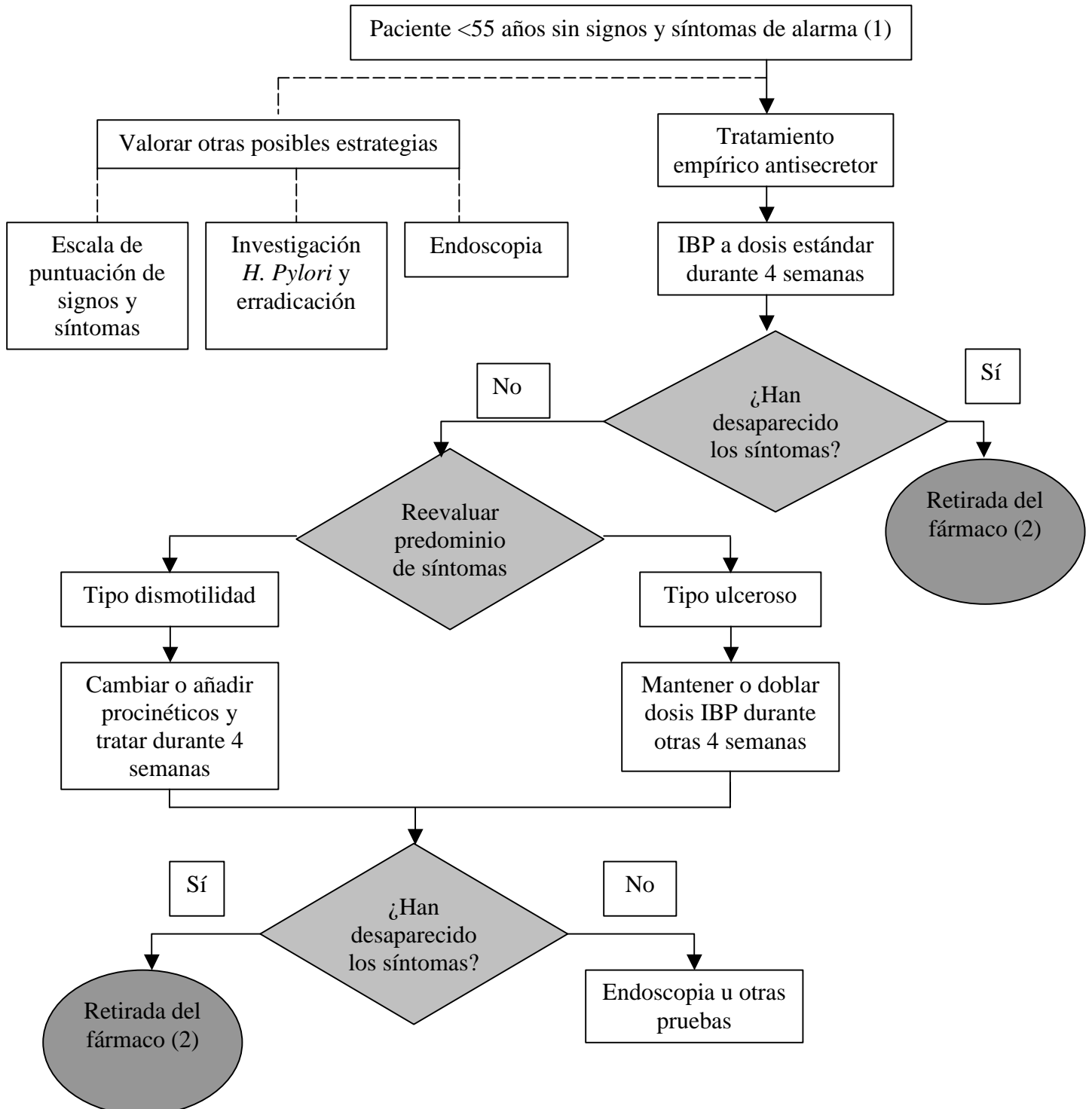
Hay que tener en cuenta que nuestro país no presenta una alta incidencia de cáncer gástrico.

El Grupo ha seleccionado 2 algoritmos de manejo de pacientes con dispepsia, cada uno con su referencia. Últimamente quizás se tienda a seguir sobre todo el último, el que propone "Test and treat", es decir, una vez descartados los pacientes de más de 55 años y los que tienen síntomas de alarma, realizar los tests de detección de *H. Pylori*; en caso de positividad, tratarlo, actuando después según la evolución clínica.

Al final reproducimos las referencias bibliográficas. Éstas no son muy numerosas, sólo hemos puesto las que pensamos que más avalan.

MANEJO DEL PACIENTE CON DISPEPSIA NO INVESTIGADA

Grupo trabajo de guía práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica nº3. Barcelona. As Esp Gastroenterología, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano. 2003. <http://www.guiasgastro.net>

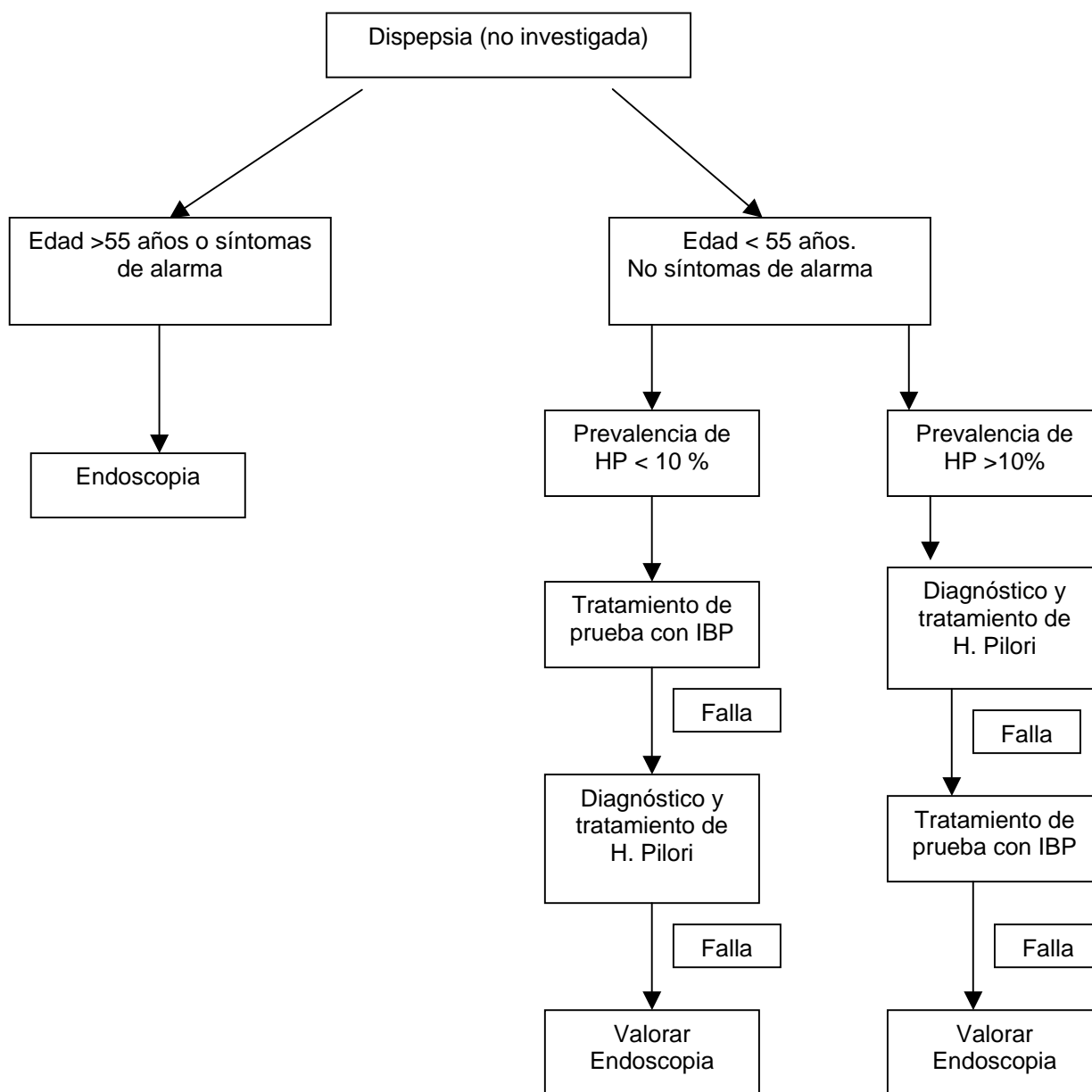


(1) Pérdida de peso significativa no intencionada, vómitos importantes y recurrentes, disfagia, sangrado digestivo (hematemesis, melenas, anemia) y/o la presencia de una masa abdominal palpable.

(2) Cuando ocurren recidivas sintomáticas en repetidas ocasiones, valorar la realización de una endoscopia o la investigación de *H. Pylori* y tratamiento de erradicación.

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE UNA DISPEPSIA NO INVESTIGADA

Talley NJ. Guidelines for the management of the dyspepsia. Am J Gastr. 2005 (10):2324–2337.



ACTUACIÓN ANTE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO DEL *HELICOBACTER PYLORI*.

Ya no queda duda sobre la responsabilidad del *Helicobacter Pylori* en la úlcera gástrica y duodenal. También queda establecido un cierto papel del *Helicobacter Pylori* en el adenocarcinoma gástrico mediante ciertas lesiones de la mucosa gástrica consideradas como preneoplásicas (mayormente la displasia). Sin embargo, por varios motivos que no corresponde desarrollar aquí, conviene adoptar un consenso para las indicaciones de su erradicación.

Consideramos que el consenso más útil para nuestra práctica diaria, es el que tiene en cuenta las particularidades de nuestro país (incidencia del cáncer gástrico, incidencia de ciertas enfermedades digestivas, resistencias a antibióticos, etc...)

Por ello, adoptamos las indicaciones que la Asociación Española de Gastroenterología expone en su libro: "Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas" del año 2006 (2ª edición).

Indicaciones del tratamiento de la infección por *Helicobacter Pylori*

ENTIDAD	ERRADICACIÓN	GRADO DE EVIDENCIA
Úlcera péptica	Indicada	1a
Linfoma MALT de bajo grado (estadio E1)	Indicada	1c
Neoplasia gástrica reseca	Indicada	2b
Familiares de primer grado de pacientes con neoplasia gástrica	Indicada	5
Dispepsia no investigada (pacientes <55 años, sin signos de alarma, con <i>Helicobacter Pylori</i> +)	Indicada	1b
Tratamiento con AINE (para disminuir el riesgo de desarrollar una úlcera, pues presencia de <i>HP</i> y toma de AINES tendrían un efecto aditivo)	Pacientes seleccionados	1a
Dispepsia Funcional (pacientes estudiados, sin organicidad, con <i>HP</i> +, en los que pensamos que su erradicación puede hacerles mejorar - un 10% mejoran -)	Pacientes seleccionados	1a
ERGE	No indicada	1a
Manifestaciones extradigestivas	No indicada	4
Prevención de cáncer gástrico (poblacional)	No indicada	5

TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI* (DE ELECCIÓN Y DE RESCATE)

Tratamiento	Fármacos	Dosis y posología	Duración (días)
1ª línea (de elección)	IBP Claritromicina Amoxicilina *	Dosis habitual /12 h 500 mg/12 h 1 g /12 h	7 en ulcerosos 10 en dispepsia funcional
2ª línea (tras fracaso de IBP + claritromicina + amoxicilina)	IBP Subcitrato de Bismuto Clorhidrato de tetraciclina Metronidazol O RCB Clorhidrato de tetraciclina Metronidazol	Dosis habitual / 12 120 mg / 6 h 500 mg / 6 h 500 mg / 8 h 400 mg / 12 h 500 mg / 6 h 500 mg / 8 h o 250 mg / 6 h	7
3ª línea (tratamiento empírico en ausencia de cultivo, tras haber empleado previamente claritromicina y metronidazol)	IBP Amoxicilina Levofloxacino O IBP Amoxicilina Rifabutina O IBP Subcitrato de Bismuto Clorhidrato de tetraciclina Furazolidona **	Dosis habitual /12 h 1 g /12 h 500 mg / 12-24 h Dosis habitual /12 h 1 g /12 h 150 mg / 12 h Dosis habitual /12 h 120 mg / 6 h o 240 mg / 12 h 1 g / 12h 200 mg / 12 h	7 – 14 7 – 14 7 - 14

IBP: Inhibidor de la bomba de protones

RCB: Ranitidina + Citrato de Bismuto

(*) En caso de alergia a la Penicilina, la amoxicilina deberá ser sustituida por Metronidazol 500 mg / 12 h; en este caso probablemente se deba emplear RCB en lugar de un IBP, puesto que la primera es más eficaz que el segundo cuando se opta por combinar claritromicina y un nitroimidazol.

(**) La furazolidona no está disponible actualmente en España.

DISPONIBILIDAD DEL TEST DE LA UREASA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El kit para la realización del test del aliento figura entre los artículos a suministrar a los centros de salud, para lo cual el EAP debe incluir la solicitud del nº de envases que crea puede necesitar cada mes, de la siguiente forma:

- Kit para el test ureasa (incluye el sobre de ácido cítrico): se solicita a la Unidad de Farmacia de la Gerencia del Área (c/ Gabriel y Galán s/n) junto con el resto del pedido de farmacia mensual. Tras la aprobación del pedido, la Unidad de Farmacia lo tramita al Servicio de Farmacia del Hospital Virgen del Puerto, desde donde lo enviarán al centro de salud solicitante.
- Sobres prefranqueados con la dirección de envío al laboratorio para el análisis: se incluirán en el pedido mensual a almacén de la Gerencia del Área, desde donde se hará el envío.

La toma de las muestras se realizará por el personal de enfermería de los EAP.

Una vez recogidas las muestras, serán enviadas al laboratorio que comercializa el test desde el centro de salud o consultorio. El resultado de la prueba lo enviará directamente el laboratorio al centro de salud correspondiente.

TECNICA DE REALIZACIÓN DEL TEST DE LA UREASA

• Procedimiento:

1. Informar al paciente de que **la prueba no es dolorosa**, así como de las **condiciones necesarias para su realización**:
 - Estar en ayunas y sin fumar desde las 6 horas anteriores a la prueba.
 - Estar en situación de reposo durante la misma.
2. Ingesta de 200 ml. de una solución rica en ácido cítrico, registrando la hora de la ingesta.
3. Diez minutos después se procede a la recogida de la muestra para la determinación del valor basal, utilizando el kit del test del aliento:
 - Tomar el tubo flexible y los dos tubos de recogida de muestras predosis provistos de una etiqueta con la palabra "BASAL", donde se debe apuntar el nombre del paciente, el número de historia y la fecha.
 - Quitar la tapa de uno de los tubos de recogida de muestras; desenvolver el tubo flexible, sin doblarlo, e introducirlo en el tubo de recogida de muestras cuya tapa hemos quitado.
 - Inmediatamente, espirar suavemente a través del tubo flexible hasta que la superficie interna del tubo de recogida de muestras se cubra de vapor condensado.
 - Continuar espirando mientras se retira el tubo flexible y cerrar inmediatamente el tubo de muestras con su tapa. Si el recipiente permanece abierto más de 30 segundos, el test podría dar un resultado falso.
 - Llenar el segundo tubo de muestras, provisto de la etiqueta con la palabra "BASAL", con la espiración, siguiendo el mismo procedimiento anterior.
4. Preparar la solución del test: disolver el comprimido en medio vaso de agua.
5. Esta solución debe ser ingerida inmediatamente por el paciente, registrando la hora de ingestión de la misma.
6. Treinta minutos después de la administración de la solución, se recogen nuevamente muestras de espiración en los tubos de recogida de muestras y se procede tal y como se ha descrito en el punto 3.

• Observaciones:

1. El test se realizará preferentemente por la mañana.
2. Si el paciente está sometido a un tratamiento con omeprazol u otro inhibidor de la bomba de protones, con sales de bismuto, o con antibióticos, se dejarán transcurrir **4 semanas sin medicación** antes de realizar el test diagnóstico.
3. La prueba puede realizarse en embarazadas y durante el periodo de lactancia.

CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ: ¿QUÉ LESIONES HAY QUE VIGILAR Y CUANDO?

(Agosto 2006)

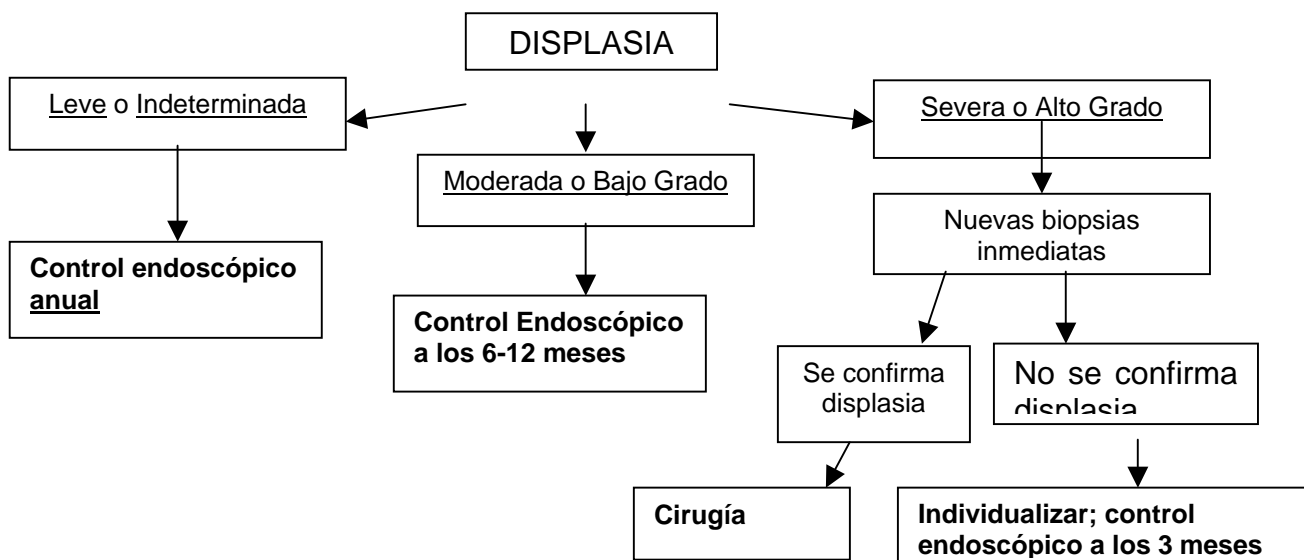
Varias **lesiones mucosas gástricas** son consideradas **preneoplásicas**, especialmente la **displasia**, lesión histológica premaligna, la más frecuentemente asociada al carcinoma gástrico, pudiendo presentarse con o sin lesiones macroscópicas. Se admite que la **gastritis crónica atrofica** y la **metaplasia intestinal incompleta grado I y II** constituyen un riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico, siendo estadios previos a la displasia. El 10 % de los pacientes con estos cambios desarrollarían cáncer gástrico en un tiempo de 10-20 años. Sin embargo, en España la incidencia del cáncer gástrico es baja y está disminuyendo, por lo que el riesgo sería menor. Todo esto hace que una actitud práctica para detectar precozmente el cáncer gástrico mediante una vigilancia endoscópica (lesiones a vigilar, periodicidad de vigilancia endoscópica), no quede siempre claramente establecida. Aquí exponemos las recomendaciones recientes del Hospital 12 de Octubre de Madrid, de la Asociación Española de Gastroenterología, del Manual de Patología Digestiva Slesinger y del Uptodate (muy frecuentemente actualizado).

Los **pólipos gástricos** constituyen otra lesión preneoplásica, debiendo ser extirpados siempre que se pueda. Si no se pueden extirpar porque su tamaño, número, localización, forma muy sesil, etc., lo impidan, se establecerá una vigilancia endoscópica con biopsias.

I – LA DISPLASIA

Es el cambio histológico más fuertemente asociado a carcinoma gástrico. Puede presentarse en pacientes con/sin lesiones macroscópicas.

- **Displasia leve o indeterminada:** control endoscópico **anual**, si no existen otras lesiones acompañantes
- **Displasia moderada o de bajo grado:** control endoscópico **a los 6-12 meses**, si no existen otras lesiones acompañantes
- **Displasia severa o de alto grado:**
 - + *nueva toma de biopsias* inmediata.
 - + *si se confirma*, indicar tratamiento *quirúrgico*.
 - + *si no se confirma* individualizar el caso entre anatomopatólogo, cirujano y endoscopista, y en cualquier caso, realizar control endoscópico a los 3 meses, pudiendo marcar con tinta china las áreas biopsiadas.



II - ¿A QUIEN Y CUANDO VIGILAR?

CONDICIÓN	VIGILANCIA ENDOSCÓPICA	COMENTARIOS
Gastritis Crónica Atrófica con/sin Metaplasia 1- <i>Sin factores de riesgo</i> (historia familiar de cáncer gástrico, pólipos adenomatosos, región geográfica de alta incidencia (Venezuela, Chile)) 2- <i>Con factores de riesgo</i> (historia familiar de cáncer gástrico, antecedente de pólipos adenomatosos, región geográfica de alta incidencia (Venezuela, Chile))	1- No precisa vigilancia 2- Endoscopia Digestiva Alta (EDA) cada 2-3 años	Sólo el Hospital 12 de Octubre hace estas recomendaciones; ninguna de todas las otras fuentes recomienda control endoscópico; tan sólo una de ellas recomienda tratar <i>Helicobacter Pylori</i> cuando esté presente.
Anemia Perniciosa + Gastritis crónica	EDA a los 5 años	La mayoría no indican vigilancia endoscópica
Gastrectomía 1- < 15 años 2- > 15 años	1- no vigilancia 2- EDA cada 2-5 años	La mayoría de las fuentes no indican vigilancia endoscópica
Tras extirpación de pólipos gástricos 1- Hiperplásicos 2- Adenomatosos	1- EDA al año 2- EDA al año	
Menetrier	EDA cada 2-5 años	
Cáncer gástrico	EDA a los 6 meses de la intervención	
Poliposis Adenomatosa Familiar	EDA (no se indica periodicidad)	
Úlcera gástrica	Control de cicatrización y brotes	
Cáncer colorrectal hereditario no polipósico	EDA (no se indica periodicidad)	
Historia familiar de cáncer gástrico	Erradicación de HP +/- EDA (no se indica periodicidad)	

Ninguna fuente especifica una edad máxima de vigilancia endoscópica, pero el Grupo concluye que, al igual que para la prevención del cáncer colorrectal, 80 años parece una edad razonable, si bien habrá que valorar en cada caso el estado funcional del paciente y la comorbilidad que presente.

NUEVA GUÍA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO TRAS UNA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA (ESTRATEGIA EN LA VIGILANCIA DE LOS ADENOMAS COLORRECTALES)

Queda demostrado que la extirpación endoscópica de pólipos adenomatosos de colon evita un gran número de cánceres colorrectales (76 a 90%). Esto se basa en la secuencia: “adenoma (tubular o veloso) – displasia – cáncer in situ – cáncer invasivo”.

Hasta ahora seguíamos las pautas de la *Guía Clínica para la Prevención del Cáncer Colorrectal*, elaborada por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Asociación Española de Gastroenterología y por el Centro Cochrane Iberoamericano.

Mas queremos adjuntar las muy recientes recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología, que constituyen una nueva Guía Clínica de seguimiento tras una polipectomía endoscópica. Estas recomendaciones se inspiran de la Guía Clínica presentada este mismo año en el marco de la “Digestive Diseases Week”.

En esta publicación, en el artículo “Prevención, Cribado y Seguimiento de las Neoplasias Colorrectales” se recalcan algunos puntos que vamos a describir.

Se apunta la necesidad de una **Colonoscopia inicial de gran calidad**, explorando hasta el fondo del ciego y con una preparación excelente. No se puede establecer una estrategia de seguimiento endoscópico a largo plazo con una colonoscopia inicial inadecuada.

Con estas recomendaciones se trata de identificar los adenomas avanzados, y sus factores predictores de recurrencia. Esto permite **clasificar a los pacientes en alto y bajo riesgo** permitiendo así:

- disminuir la intensidad del seguimiento en los pacientes de bajo riesgo y no sobrecargar unos recursos limitados, lo que permite
- aumentar los esfuerzos en el cribado y el diagnóstico del cáncer colorrectal en los pacientes de alto riesgo.

Factores de riesgo de desarrollar adenomas y adenomas avanzados, en pacientes con polipectomías previas por adenomas:

- Múltiples adenomas (≥ 3 adenomas)
- Tamaño del adenoma ≥ 10 mm
- Componente veloso en la histología (tubulovelloso o veloso)
- Displasia de alto grado (alto grado + carcinoma in situ)
- Localización proximal del adenoma
- Otras:
 - Edad avanzada
 - Sexo varón
 - Historia familiar de cáncer colorrectal
 - Antecedentes de adenomas/pólipos previos

Clasificación de los pacientes en grupos de riesgo de desarrollo de adenomas avanzados durante el seguimiento, y seguimiento propuesto.

Bajo riesgo:	
1-2 adenomas.....	5 - 10 años
Tamaño < 10 mm.....	5 - 10 años
Histología tubular.....	5 - 10 años
Displasia bajo grado.....	5 - 10 años
Pólipo hiperplásico.....	10 años
Alto riesgo:	
3-10 adenomas.....	3 años
Adenoma avanzado (≥ 10 mm, displasia de alto grado, vellosos).....	3 años
>10 adenomas.....	< 3 años
Resección incompleta.....	3-6 meses
Resección en fragmentos.....	3-6 meses
Cáncer Colorrectal Hereditario No asociado a Pólipos (HNPCC).....	1-2 años

Obviamente, como en toda guía, estas recomendaciones son flexibles y están sujetas al criterio del médico que indica las pautas, teniendo en cuenta de la calidad de la colonoscopia, el estado general del paciente, la patología asociada, la edad del paciente etc... (por ejemplo, el beneficio de la colonoscopia para detectar pólipos de colon y así prevenir el cáncer colorrectal, disminuye paulatinamente a partir de los 75-80 años, ya que la posible degeneración de un pólipo adenomatoso de colon de pequeño tamaño tarda varios años, y que con esa edad, el paciente puede fallecer por otras causas).

EL ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) ORIENTACIONES ACERCA DE SU UTILIDAD CLÍNICA

Ante un cuadro clínico que pueda sugerir un cáncer colorrectal, podemos sentirnos tentados de solicitar el CEA como ayuda al diagnóstico. Si el CEA muestra un nivel mínimamente elevado, nos encontramos ante el problema de su valoración o interpretación. La angustia del paciente, y la incertidumbre del facultativo ante la elevación del CEA, hacen que la mayoría de las veces ese nivel de CEA apenas elevado de un punto o dos, va a generar un estudio que irá desde la radiografía de tórax hasta la ecografía o el TAC abdominales, pasando por la colonoscopia, la gastroscopia, el estudio radiológico esofagogastroduodenal y el enema opaco. Casi siempre estas pruebas serán normales o en cualquier caso no revelarán patología tumoral. Entonces estableceremos una vigilancia que durante años nos mostrará un CEA cuyos niveles apenas cambiarán.

Puede ser que a algunos (muy pocos) de estos pacientes con un CEA mínimamente elevado se les descubra un cáncer en ese momento. Puede ser también que a otros (muy pocos), se les descubra un cáncer en los años siguientes. Pero estadísticamente queda demostrada la inutilidad del CEA para el diagnóstico del cáncer colorrectal, pues son muchísimos más numerosos los pacientes en los cuales no se descubre cáncer colorrectal. Esto es debido a las bajas sensibilidad y especificidad del CEA.

Además de generar numerosas exploraciones complementarias, algunas de ellas pudiendo ser yatrogénicas, como la colonoscopia, la vigilancia del nivel de CEA un poco elevado, puede crear una ansiedad, ante la cual no podemos proponer una explicación satisfactoria para el paciente cuando éste pregunta por qué tiene el CEA alto.

Las referencias bibliográficas que siguen, (las 3 primeras de asociación y sociedad españolas) aclaran todas que, si bien el CEA tiene un interés para el estudio de extensión y para el pronóstico del cáncer colorrectal ya diagnosticado, el CEA no tiene interés en el estudio de un paciente no diagnosticado de cáncer colorrectal.

1 ♦ En *“DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DIGESTIVA”* – Páginas 283-284 – Editado por la Sociedad Española de Patología Digestiva (2003).

Los marcadores tumorales son sustancias segregadas por ciertas neoplasias malignas cuya determinación analítica permite establecer una relación de probabilidad sobre la existencia y localización de dicha neoplasia.

En general existe una buena correlación entre el tamaño tumoral y los niveles alcanzados por los marcadores tumorales que **tienen valor pronóstico**.

El antígeno carcinoembrionario (CEA) es un marcador muy heterogeneo y poco específico ya que se eleva en gran número de procesos:

- 3 % de los individuos sanos
- 13 % de los fumadores
- 7 a 50 % de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica
- 60 % de las Hepatopatías crónicas avanzadas
- 52 % de las pancreatopatías
- 52 % de las colestasis...

2 ♦ En *“TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS”* – 2ª Edición (2006) – página 33. Editado por la Asociación Española de Gastroenterología.

La determinación de los niveles séricos del **antígeno carcinoembrionario (CEA)** tiene una **reducida sensibilidad y especificidad para el diagnóstico** del Cáncer Colorrectal. Sin embargo, posee valor pronóstico y su monitorización es **útil para el seguimiento** de los pacientes tras la cirugía.

3 ♦ En “PROBLEMAS COMUNES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA – GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA” Tomo I, página 441 – Con el aval de la Asociación Española de Gastroenterología – Jarpyo Editores 2006.

Los niveles séricos del **antígeno carcinoembrionario (CEA)** tienen una **reducida sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del Cáncer Colorrectal**. Sin embargo, su determinación posee **valor pronóstico** en el momento del diagnóstico, y su monitorización es **útil para el seguimiento** de los pacientes tras la resección quirúrgica.

4 ♦ En “ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICAS Fisiopatología Diagnóstico y Tratamiento” 7ª Edición - Sleisenger and Fordtran – página 2400 -Editorial Médica Panamericana – 2004.

El **antígeno carcinoembrionario (CEA)** podría ser útil en la **estadificación preoperatoria y el seguimiento postquirúrgico de pacientes con cáncer de intestino grueso**, aunque tiene un **valor predictivo bajo para el diagnóstico** en pacientes asintomáticos. La sensibilidad y especificidad relativamente bajas de la prueba la hacen inadecuada en el screening de grandes poblaciones asintomáticas.

En “ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICAS Fisiopatología Diagnóstico y Tratamiento” 7ª Edición - Sleisenger and Fordtran – página 2400 -Editorial Médica Panamericana – 2004.

5 ♦ En

<http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=gicancer/2111&type=A&selectedTitle=1-32>

©2007 UpToDate® • www.uptodate.com

Marcadores tumorales – Una variedad de marcadores séricos se han asociado al Cáncer Colorrectal (CCR), tal como el **antígeno carcinoembrionario (CEA)**, y el antígeno carbohidrato (CA) 19.9, CA 50 y CA 195. Sin embargo, estos marcadores **tienen una baja capacidad para detectar un CCR primario debido a un solapamiento con enfermedades benignas y a una baja sensibilidad para la enfermedad en un estadio precoz**. Un grupo de expertos sobre marcadores tumorales en pulmón y cáncer colorrectal, convocados por la **Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO)**, **recomendaron no utilizar los niveles séricos de CEA como test de despistaje para el cáncer colorrectal**.

Sin embargo, los niveles séricos de CEA sí tienen una utilidad pronóstica en los pacientes que acaban de ser diagnosticados de CCR. Los pacientes con niveles de CEA > 5 ng/mL en el preoperatorio tienen un peor pronóstico, para una misma extensión, que los que tienen un nivel más bajo. Además, niveles de CEA en el preoperatorio que no se normalizan después de la resección quirúrgica, indican la presencia de enfermedad persistente y la necesidad de una más amplia valoración. Las guías clínicas de American Society of Clinical Oncology (ASCO) recomiendan medir los niveles séricos de CEA en el preoperatorio en pacientes con cáncer colorrectal confirmado, con el fin de ayudar al estudio de extensión, a planificar el tratamiento quirúrgico, y valorar el pronóstico.

SOLICITUD DE ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

- **Se solicitará esta prueba solamente en** los casos que se ajusten a los protocolos establecidos en cada momento, a nivel de Area. Actualmente:
 - **Pacientes con cólico biliar, una vez superada la fase aguda.**
 - **Pacientes con elevación crónica de transaminasas**, que no han respondido a tratamiento inicial de posibles causas identificadas, y tras haber descartado causas infecciosas y autoinmunes.

- La solicitud se hará en la hoja de petición de consulta a Asistencia Especializada, la cual se enviará desde la Unidad Administrativa del Centro de Salud, por correo interno, a la Gerencia del Area. Desde la Gerencia se cursarán las solicitudes ajustadas a protocolo al Servicio de Radiodiagnóstico.

- **En la hoja de solicitud debe figurar inexcusablemente:**
 - Datos administrativos: Fecha de nacimiento, N° de afiliación y teléfono del paciente.
 - Datos clínicos: Anamnesis (resumen) y exploración física (resumen), pruebas complementarias y sospecha diagnóstica o juicio clínico (según el protocolo de que se trate).

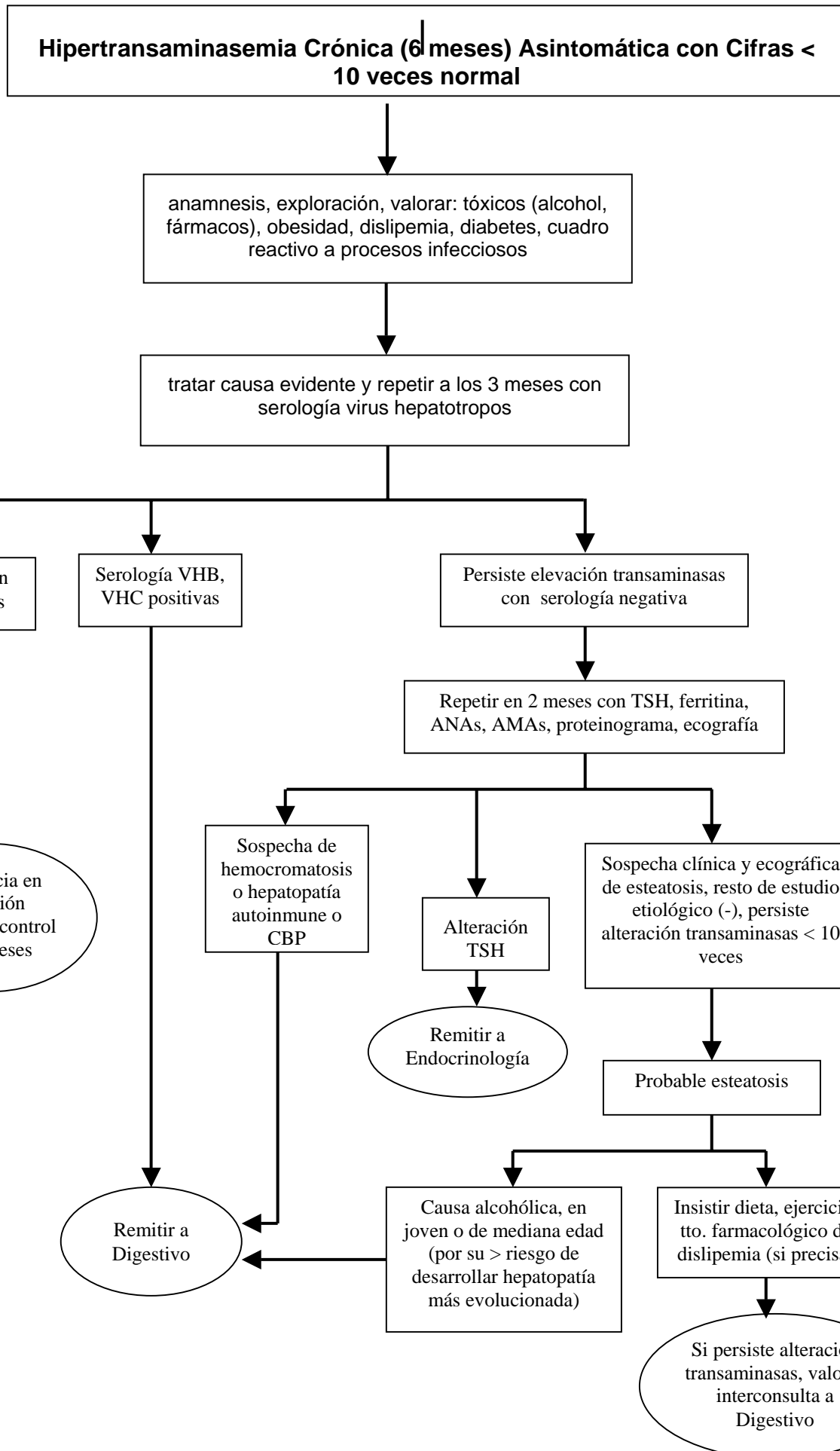
- El Servicio de Radiodiagnóstico comunicará al Centro de Salud la fecha y la hora de citación para la realización de la prueba (por teléfono o FAX). Desde el Centro de Salud se informará al paciente.

- **El informe, con el resultado de la prueba, será enviado desde el Servicio de Radiodiagnóstico al Centro de Salud por correo interno.**

ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON COLELITIASIS

- Ante paciente con clínica de cólico biliar, una vez superada la fase aguda y con el paciente asintomático, se solicitará ecografía hepatobiliar “ordinaria” para confirmar la sospecha diagnóstica. Una vez confirmado el diagnóstico, si hay cólicos biliares múltiples o complicaciones, se solicitará interconsulta a cirugía para valorar intervención.
- Colelitiasis biliar asintomática (sin cuadros típicos de cólico biliar, que es la única clínica que podemos relacionar con la litiasis. Diagnóstico por hallazgo ecográfico). No se necesita tratamiento, ni seguimiento, a no ser que se indique otra actitud.
- Paciente diabético o con vesícula en “porcelana”: derivación a cirugía en todos los casos, con clínica o sin ella.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON ELEVACIÓN AGUDA DE TRANSAMINASAS



SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES SEGÚN PATOLOGÍA: DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

POR ATENCIÓN PRIMARIA:

- Reflujo gastroesofágico leve-moderado
- Dispepsia funcional
- Ulcus duodenal/duodenitis
- Diverticulosis colon
- Síndrome del intestino irritable
- Esteatosis hepática
- Colelitiasis asintomática

POR S. DIGESTIVO:

- Esifagitis severa/Barret
- Achalasia
- Estenosis esofágicas
- Ulcus complicado o de clínica severa.
- Condiciones preneoplásicas (pólipos, anemia perniciosa, gastritis atrófica, etc.).
- Patología de intestino delgado (intolerancia al glúten, inmunodeficiencia)
- Colitis ulcerosa extensa
- Enfermedad de Crohn
- Poliposis
- Hepatopatías crónicas.
- Pólipos de vesícula
- Infección VHC, con transaminasas normales o alteradas.
- Infección VHB, sintomática o no.

EVALUACIÓN

Para valorar el impacto sobre la actividad asistencial de la implantación de estos protocolos, se estudiarán los siguientes indicadores:

ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

- N° de endoscopias solicitadas tras la implantación del protocolo en un periodo de tiempo / N° de endoscopias solicitadas en el mismo periodo.
- N° de derivaciones a consulta de Digestivo en un periodo de tiempo tras la implantación del protocolo/ N° de derivaciones a consulta de Digestivo en el mismo periodo de tiempo.
- Correlación entre juicio clínico, diagnóstico endoscópico y diagnóstico anatomopatológico.
- N° de solicitudes de endoscopia correctamente cumplimentadas / Total de solicitudes de endoscopia.

ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR

- N° de solicitudes ecográficas en un periodo determinado.
- N° de solicitudes de ecografía Hepatobiliar correctamente cumplimentadas / N° de solicitudes de ecografía.

ANEXO 1

PAUTAS PARA LAS EXPLORACIONES DIGESTIVAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

RIESGO NORMAL: INR 2-3

<u>FECHA</u>	<u>RECOMENDACIONES</u>
(-2)	-NO TOMAR SINTROM
(-1)	-NO TOMAR SINTROM
(0) DIA DE LA PRUEBA	<p>-ANTES DE LA EXPLORACIÓN: *TIENE QUE HACERSE UN CONTROL DE SINTROM</p> <p>-DESPUES DE LA EXPLORACIÓN: -DEBE PASAR POR LA "CONSULTA DE SINTROM" PARA RECIBIR LAS DOSIS DE SINTROM SI NO SE LA HAN PUESTO ANTES</p> <p>-POR LA TARDE SI NO SANGRA: * TOMARA LA DOSIS DE SINTROM CORRESPONDIENTE</p>
SIGUIENTES DIAS	TOMARÁ LA DOSIS DE SINTROM PAUTADA Y VENDRA A CONTROL EL DIA INDICADO

RIESGO ALTO: INR 2.5-3.5

<u>FECHA</u>	<u>RECOMENDACIONES</u>
(-2)	-NO TOMAR SINTROM
(-1)	-NO TOMAR SINTROM -POR LA MAÑANA (24 Horas antes de la exploración)SE PONDRÁ UNA INYECCIÓN DE HEPARINA BPM SUBCUTANEA DE _____
(0) DIA DE LA PRUEBA	<p>-ANTES DE LA EXPLORACIÓN:- *TIENE QUE HACERSE UN CONTROL DE SINTROM</p> <p>-DESPUES DE LA EXPLORACIÓN. -DEBE PASAR POR LA "CONSULTA DE SINTROM" PARA RECIBIR LAS DOSIS DE SINTROM SI NO SE LA HAN PUESTO ANTES</p> <p>-POR LA TARDE SI NO SANGRA: * TOMARA LA DOSIS DE SINTROM CORRESPONDIENTE * SE PONDRÁ UNA INYECCIÓN DE HEPARINA BPM DE _____ SUBCUTANEA</p>
(+1)	-TOMARÁ LA DOSIS DE SINTROM QUE LE CORRESPONDA -SE PONDRÁ UNA INYECCIÓN DE HEPARINA BPM DE _____ SUBCUTÁNEA.
(+2)	-TOMARÁ LA DOSIS DE SINTROM QUE LE CORRESPONDA -SE PONDRÁ UNA INYECCION DE HEPARINA BPM DE _____ SUBCUTÁNEA.
SIGUIENTES DIAS	TOMARÁ LA DOSIS DE SINTROM PAUTADA Y VENDRA A CONTROL EL DIA INDICADO

ANEXO 2

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Identificación y descripción del procedimiento

La panendoscopia oral es una técnica endoscópica indolora cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno).

La prueba consiste en introducir un tubo flexible por la boca para ver el esófago, estómago y duodeno. Para ello es necesario meter algo de aire que puede producir alguna arcada y una sensación de hinchazón del abdomen. Es importante estar relajado durante la prueba y respirar despacio por la boca o la nariz. No se debe tragar la saliva, dejándola caer libremente. Si se considera necesario puede administrarse un sedante o un anestésico local para disminuir las molestias.

Para la correcta realización de esta prueba es necesario un ayuno de por lo menos 6 horas. Si la exploración se realiza por la mañana no deberá desayunar, y si la prueba se realiza por la tarde, podrá hacer un buen desayuno y no almorzar al mediodía.

La prueba se realiza, habitualmente, con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abreboca), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno.

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. Existen posibles riesgos de la anestesia tópica y de la sedación o anestesia.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar.

El objetivo de la exploración es el diagnóstico de las enfermedades que afectan el segmento digestivo explorado, y el tratamiento de algunas de ellas a través del endoscopio. Para llegar a dicho diagnóstico puede ser necesario tomar algunas muestras (biopsia, citología y otras). Durante la exploración el endoscopista puede encontrarse con algunas situaciones sobre las que puede intervenir en el mismo acto: 1) tratamiento de lesiones sangrantes, 2) extirpación de pólipos, 3) extracción de cuerpos extraños previamente deglutidos, 4) dilataciones de zonas estrechas, 5) colocación de prótesis, 6) tratamiento preventivo de sangrado por varices esofágicas 7) realización de una gastrostomía de alimentación, etc...

En algunas ocasiones durante la prueba surgen situaciones inesperadas que pueden hacer variar la técnica que estaba prevista. Esta modificación sólo se realizará si se espera que sea beneficiosa para usted.

Es el mejor método para el diagnóstico de las enfermedades del tracto digestivo superior, con la posibilidad de tomar muestras y realizar los procedimientos terapéuticos ya mencionados.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

En el terreno diagnóstico, la alternativa es la exploración radiográfica mediante contraste baritado, que puede permitir el diagnóstico de lesiones ulcerosas, tumorales, o malformaciones como la hernia hiatal, pero que no permite el diagnóstico de lesiones superficiales, ni asegurar la naturaleza benigna o maligna de las lesiones. Por otra parte, en la exploración radiográfica pueden pasar desapercibidas algunas lesiones, o plantear dudas que requerirán una endoscopia posterior para resolverlas. En las situaciones de hemorragia, la detección de

algunas lesiones en la radiografía no indica que ella sea la causa de la hemorragia, siendo la endoscopia imprescindible.

Además, el diagnóstico por contraste baritado, no permite los posibles tratamientos que ofrece la endoscopia. Las alternativas a alguna de las actitudes terapéuticas expuestas sería la cirugía, con un mayor riesgo.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La realización de una endoscopia correctamente indicada, va a conseguir el diagnóstico de la mayor parte de las enfermedades, lo que conllevará un correcto tratamiento y seguimiento.

La terapéutica endoscópica tiene, en general, una elevada tasa de resultados satisfactorios, con menores riesgos que el tratamiento quirúrgico.

Sin embargo, a pesar de la realización adecuada de la técnica, en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Como es lógico, va a suponer una inexactitud diagnóstica en la mayoría de los casos, y un retraso en la aplicación del tratamiento adecuado.

6. Riesgos frecuentes

Hay que comprender que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como distensión y dolor abdominal, náuseas y vómitos.

La necesidad de sedación o el empleo de anestesia tópica conlleva algún riesgo añadido, como depresión respiratoria, trastornos cardiovasculares o reacción alérgica al fármaco utilizado.

Obviamente la realización de medidas terapéuticas implica un mayor riesgo de complicaciones, que oscila entre el 0,4% para las polipectomías y el 3% para las dilataciones.

7. Riesgos poco frecuentes

Otros efectos indeseables son poco frecuentes, con una frecuencia aproximada de una cada 1.000 exploraciones, como hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, reacción alérgica y flebitis.

Excepcionalmente pueden observarse arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, accidente cerebrovascular agudo y subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad (un caso por cada 10.000 exploraciones), pero existe y usted tiene el derecho moral y legal de conocerlo.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Debe avisar al médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (fundamentalmente infarto de miocardio o angina reciente, valvulopatías, asma...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (en especial Sintrom, AAS, Adiro, Disgrén, Persantin, Tiklid, Tromalyt u otro anticoagulante o antiagregante plaquetario), enfermedades infecciosas como hepatitis, o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior. Si padece alguna enfermedad (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, si tiene edad avanzada ...) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones. Algunas de estas condiciones descritas puede llegar a suponer contraindicación absoluta o relativa de la prueba.

En su caso, se detectan los siguientes riesgos personalizados

Debe comprender que a pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración.

Y en tales condiciones,

CONSIENTO

que se me realice una PANENDOSCOPIA ORAL (Esófago-gastro-duodenoscopia) y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas etc...) que sean aconsejables durante la misma.

Don/doña de años de edad, con domicilio en DNI..... y nº de CIP

Dn/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente con DNI

DECLARO:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de una COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA.....

En.....a.....de.....de 2.....

Fdo.: el/la paciente

Fdo: el/la representante legal

Fdo.: médico que solicita la exploración Fdo.: médico que realiza la prueba

Dr (apell, nombre)..... Dr (apell, nombre).....

REVOCACIÓN

Don/doña de años de edad, con domicilio en DNI y nº de CIP

Dn/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente), con DNI

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....a.....dede 2.....

Fdo.: el/la paciente

Fdo: el/la representante legal

Fdo.: médico que solicita la exploración

Fdo.: médico que realiza la exploración

Dr (apell, nombre)..... Dr (apell, nombre).....



RENUNCIA AL DERECHO DE SER INFORMADO

Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho de información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de la enfermedad sin que ello implique que no pueda dar el consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

....., ade de 20...

Fdo.: el/la paciente

Fdo: el/la representante legal

ANEXO 3

COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Identificación y descripción del procedimiento

La colonoscopia es una exploración visual de la mucosa del colon (intestino grueso) y en ocasiones de los últimos centímetros del íleon (intestino delgado).

Consiste en la introducción de una sonda óptica flexible por el ano tras una adecuada preparación. Suele durar entre 15 y 60 minutos. Con el paciente acostado sobre su lado izquierdo se practica un tacto rectal habitualmente con una pomada anestésica. Posteriormente se introduce el endoscopio y se le hace progresar a lo largo del colon, incluso a veces hasta el último tramo del intestino delgado. Con la introducción del endoscopio, se pueden notar espasmos o presión abdominal debido a la necesaria insuflación de aire durante la exploración, o al paso por las angulaciones características del colon. Se trata de un hecho normal que desaparece rápidamente.

Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar muestras de tejido (polipectomías, biopsias o citología) para su análisis histológico, citológico o microbiológico.

En determinadas circunstancias, y siempre con indicación del médico especialista, pueden realizarse bajo sedación consciente o sedación profunda con anestesia, con o sin intubación de la vía aérea. Si es así, deberá permanecer durante un tiempo en el hospital hasta que desaparezcan los efectos de la medicación administrada y no deberá conducir vehículos porque pueden estar alterados sus reflejos.

El médico le ha indicado la preparación recomendada previamente y la necesidad de estar en ayunas como mínimo desde 6 horas antes de la prueba. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación del colon.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Diagnosticar las enfermedades del segmento digestivo explorado y tratarlas, si es posible, durante la misma exploración. Así, si se encuentran pólipos durante la endoscopia se pueden extirpar (polipectomía) mediante un lazo que los corta por su base. Si hay estrecheces se pueden dilatar e incluso dejar colocada una prótesis. Si se encuentra una lesión sangrante se puede aplicar un tratamiento para que cese el sangrado. Permite llegar al diagnóstico de certeza en la mayoría de los casos, bien por la visualización directa de las lesiones o bien gracias al estudio microscópico de pequeñas muestras de tejido (biopsias), tomadas de forma indolora durante la exploración. Con ello se podrá conocer la naturaleza benigna o maligna de las lesiones halladas.

Es posible en el mismo acto extirpar pólipos y evitar con ello una operación. La recuperación de éstos tras la exploración permite su estudio microscópico.

Ante la sospecha o evidencia de sangrado pueden identificarse las lesiones que han producido la hemorragia y permitir la actuación sobre las mismas, evitando intervenciones y transfusiones. Si hay estrecheces que no se beneficiarían de una intervención, se pueden ensanchar con diversos métodos, utilizando bujías o balones neumáticos, colocando prótesis, etc.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

En el terreno diagnóstico, la alternativa es la exploración radiográfica mediante enema con contraste baritado o enema opaco. Éste puede detectar algunas lesiones, pero no asegura la naturaleza benigna o maligna de éstas, ni aprecia lesiones superficiales o pequeñas. Por ello, la exploración radiográfica no siempre evita una colonoscopia posterior para resolver estas dudas.

En caso de hemorragia, la detección de una lesión en la radiografía no asegura que ésta sea la causa del sangrado. En este caso, la alternativa a la terapéutica endoscópica es la cirugía, con una mayor riesgo.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La colonoscopia correctamente indicada procurará la mayoría de las veces un diagnóstico de certeza, que será seguida de un mejor tratamiento y un mejor seguimiento. Es el único procedimiento capaz de diagnosticar el cáncer de colon en una etapa temprana, lo que conlleva un pronóstico más favorable.

5. Consecuencias previsibles de su no realización.

Como es lógico, va a suponer una inexactitud diagnóstica en algunos casos y un tratamiento inadecuado, y en otros ignorar la existencia de algunas lesiones potencialmente graves.

6. Riesgos frecuentes

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como dolor por distensión abdominal, mareos, hipotensión, o sudoración. Conviene añadir los riesgos menores que pueden derivar del uso de laxantes o enemas de limpieza previos a la exploración.

7. Riesgos poco frecuentes

La necesidad de sedación profunda o anestesia general conlleva riesgos añadidos como depresión respiratoria o trastornos cardiovasculares. La situación de riesgo de cada paciente será valorada por el anestesista, cuyo concurso puede ser necesario.

La hemorragia o la perforación son poco frecuentes (menos de 1 de cada 1000 exploraciones). Cuando se practica terapéutica durante la exploración aumenta levemente este riesgo.

Excepcionalmente pueden observarse infección, arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, accidente cerebrovascular agudo que pueden ser graves, y requerir un tratamiento médico o quirúrgico, lo que añade un riesgo mínimo de mortalidad.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Tiene que avisar, porque puede suponer un riesgo mayor, en el caso de que usted presente alguna de las siguientes condiciones: posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, ser portador de prótesis o marcapasos, edad avanzada, alteraciones de la coagulación, tome medicamentos como la Aspirina, ASS, Adiro, Tromalyt, Disgren, Iscover, Tiklid, Sintrom u otras que alteren la capacidad de coagulación de la sangre, padezca enfermedades infecciosas como hepatitis, o presente cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior. Ante cualquiera de estas situaciones o si se tiene alguna duda comuníquelo a su médico, pues pudieran tratarse de contraindicaciones relativas o absolutas.

En su caso, se detectan los siguientes riesgos personalizados:.....

Debe comprender que, a pesar de la realización adecuada de la técnica, en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice una COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas etc...), que sean aconsejables durante la misma.

Don/doña de años de edad, con domicilio en DNI..... y nº de CIP

Dn/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente con DNI

DECLARO:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de una COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA.....

En.....a.....de.....de 2.....

Fdo.: el/la paciente

Fdo: el/la representante legal

Fdo.: médico que solicita la exploración Fdo.: médico que realiza la prueba

Dr (apell, nombre)..... Dr (apell, nombre).....

REVOCACIÓN

Don/doña de años de edad, con domicilio en DNI y nº de CIP

Dn/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente), con DNI

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.

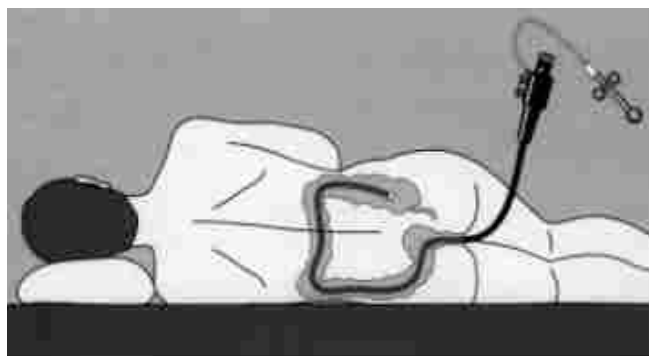
En.....a.....dede 2.....

Fdo.: el/la paciente

Fdo: el/la representante legal

Fdo.: médico que solicita la exploración Fdo.: médico que realiza la exploración

Dr (apell, nombre)..... Dr (apell, nombre).....



RENUNCIA AL DERECHO DE SER INFORMADO

Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho de información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de la enfermedad sin que ello implique que no pueda dar el consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

....., ade de 20...

Fdo.: el/la paciente

Fdo: el/la representante legal

PREPARACIÓN PARA LA RECTOSCOPIA, SIGMOIDOSCOPIA O COLONOSCOPIA

Esta preparación no podrá ser administrada a pacientes con INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA o con INSUFICIENCIA RENAL GRAVE.

1 - DIETA

* **DESDE 2 ó 3 días antes de la exploración** (más días si suele ser estreñida/o), hará una dieta pobre en residuos:

PUUEDE TOMAR	NO PUEDE TOMAR
Arroz y pastas	Ensaladas
Caldo	Verduras y legumbres
Carne a la plancha	Fruta
Pescado a la plancha o hervido	Patatas
Quesos duros	Carnes y pescados en salsa
Biscotes o galletas sin fibra	Embutidos
Pan tostado	Grasas
Zumos filtrados	Pasteles
Café, infusiones y té	Bebidas con gas
Bebidas sin gas	

Durante esos días que hace dieta no tome alimentos que contengan pipas o semillas (kiwis, tomates, pimientos, etc).

* **EL DÍA ANTERIOR a la exploración**, (o desde unos 2 ó 3 días antes si usted es estreñida/o) la alimentación será líquida: agua, caldos filtrados, café o té solos, infusiones, zumos de frutas colados, bebidas sin burbujas, leche, natillas y yogur.

2 - INSTRUCCIONES DE USO DE FOSFOSODA

*** SI TIENE CITA POR LA MAÑANA**

- **A las 13 horas del día anterior** a la exploración, diluir el primer frasco de FOSFOSODA en un vaso de agua o zumo frío (se recomienda zumo de piña o manzana). Debe beber esta solución lentamente y a pequeños sorbos.

Durante la tarde y noche debe beber líquidos en abundancia, mínimo 2 litros.

- **A las 21 horas del día anterior** a la exploración, tomará el segundo frasco de FOSFOSODA, de la misma forma que ha tomado el primero, completando con la toma de 2 ó 3 litros de líquidos.

Debe beber todos los líquidos que desee, tantos como le sea posible.

*** SI TIENE CITA POR LA TARDE**

- **A las 22 horas del día anterior** a la exploración, diluir el primer frasco de FOSFOSODA en un vaso de agua o zumo frío (se recomienda zumo de piña o manzana). Debe beber esta solución lentamente y a pequeños sorbos.

A continuación, debe beber líquidos en abundancia, como mínimo 2 litros.

- **A las 10 horas del mismo día de la exploración**, tomará el segundo frasco de FOSFOSODA, de la misma forma que ha tomado el primero, completando con la toma de 2 ó 3 litros de líquidos.

Debe beber todos los líquidos que desee, tantos como le sea posible.

3- ENEMA DE LIMPIEZA

El día de la exploración, para acabar de limpiar el colon, se pondrá un enema de limpieza con un FISIOENEMA o bien con una irrigación de medio litro de agua tibia, echado del lado izquierdo y lo aguantará durante 10 ó 15 minutos antes de evacuar. Si es necesario, se pondrá otro enema, y los que sean necesarios hasta que el agua que evacua salga limpia. Después acudirá a la consulta para realizar la exploración.

ACUDIRÁ A REALIZARSE LA EXPLORACIÓN EN AYUNAS

ANEXO 4

PROFILAXIS ENDOCARDITIS PAUTAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹

La Sociedad Española de Cardiología considera que, ante una endoscopia alta o baja, con biopsia o sin ella, en la que no se prevee la realización de técnicas más invasivas (como esclerosis de varices esofágicas, dilatación esofágica o colangiografía retrógrada endoscópica) la profilaxis de endocarditis se debe valorar sólo de forma opcional y en los pacientes considerados de alto riesgo (ver más adelante).

Cardiopatías asociadas con endocarditis¹

Profilaxis recomendada

Riesgo alto

Prótesis valvulares (incluidas bioprótesis y homoinjertos)
Endocarditis bacteriana previa
Cardiopatías congénitas cianóticas
Ductus arteriosus
Insuficiencia aórtica
Estenosis aórtica
Insuficiencia mitral
Doble lesión mitral
CIV
Coartación aórtica
Lesiones intracardíacas operadas con anomalías hemodinámicas residuales
Cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica

Riesgo moderado

Otros defectos congénitos que los expuestos en el apartado precedente y posterior
Estenosis mitral pura
Valvulopatía tricuspídea
Estenosis pulmonar
Miocardiopatía hipertrófica
Prolapso mitral con insuficiencia valvular y/o valvas redundantes
Aorta bicúspide con ligeras anomalías hemodinámicas
Esclerosis aórtica con ligeras anomalías hemodinámicas
Lesiones degenerativas valvulares en los ancianos
Lesiones intracardíacas operadas sin anomalías hemodinámicas en los primeros 6 meses tras la intervención

Profilaxis no necesaria

Riesgo bajo

CIA tipo ostium secundum
Reparación de CIA y ductus pasados 6 meses y sin lesiones residuales
Cirugía coronaria
Prolapso mitral sin insuficiencia valvular
Soplos funcionales
Enfermedad de Kawasaki sin disfunción valvular
Fiebre reumática previa sin lesión valvular
Marcapasos (endocavitarios y epicárdicos) y desfibriladores
Insuficiencia valvular leve por Doppler sin anomalías orgánicas
CIA: comunicación interauricular; CIV: comunicación interventricular.

Procedimientos en los que se debe considerar profilaxis¹

	Cavidad oral	Aparato respiratorio	Aparato digestivo	Aparato genitourinario
Recomendada	Extracción dental Procedimientos periodontales Implantes subgingivales de tiras de antibióticos Implante bandas de ortodoncia Inyección intraligamentosa de anestésicos Limpieza con sangrado	Amigdalectomía Tonsilectomía Cirugía mucosa respiratoria Broncoscopio (rígido)	Esclerosis varices esofágicas Dilatación esofágica Colangiografía retrógrada endoscópica Cirugía biliar Cirugía musosa intestinal	Cirugía de próstata Cistoscopia Dilatación uretral.
No necesaria	Inyecciones de anestésicos no intraligamentarias Quitar puntos de sutura Obtención de impresiones dentales Extracción primera dentición	Intubación Broncoscopio (flexible) con y sin biopsia ^a	Ecocardiografía transesofágica ^a Endoscopia con o sin biopsia ^a	Histerectomía vaginal ^a Parto vaginal ^a Sin infección Sonda uretral Aborto terapéutico Dispositivos intrauterinos

^a Opcional para los pacientes de alto riesgo.

Pauta antibiótica en los procedimientos genitourinarios y gastrointestinales (excluyendo esófago)¹

Paciente de alto riesgo	Ampicilina y gentamicina	Adultos: ampicilina 2 g i.m. o i.v. más gentamicina 1,5 mg/kg (no superar 120 mg) 30 min antes del procedimiento; 8 h después, ampicilina 1 g i.m. o i.v. o amoxicilina 1 g oral. Niños: ampicilina 50 mg/kg i.m. o i.v. (no superar 2 g) más gentamicina 1,5 mg/kg 30 min antes del procedimiento; 6 h después, ampicilina 25 mg/kg i.m. o i.v. o amoxicilina 25 mg/kg oral.
Paciente de alto riesgo alérgicos a ampicilina/amoxicilina	Vancomicina y gentamicina	Adultos: vancomicina 1 g i.v. en 1-2 h más gentamicina 1,5 mg/kg i.v. o i.m. (no superar 120 mg) terminando la perfusión 30 min antes del procedimiento. Niños: vancomicina 20 mg/kg i.v. 1-2 h más gentamicina 1,5 mg/kg i.v. o i.m.; terminando la perfusión 30 min antes del procedimiento.
Pacientes con riesgo moderado	Amoxicilina o ampicilina	Adultos: amoxicilina 2 g oral 1 h antes del procedimiento o ampicilina 2 g i.m. o i.v. 30 min moderado ampicilina antes del procedimiento. Niños: amoxicilina 50 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento, o ampicilina 50 mg/kg i.m. o i.v. 30 min antes del procedimiento.
Pacientes con riesgo moderado alérgico a ampicilina/amoxicilina	Vancomicina	Adultos: vancomicina 1 g i.v. en 1-2 h, terminando la perfusión 30 min antes del procedimiento. Niños: vancomicina 20 mg/kg i.v. en 1-2 h, terminando la infusión 30 min antes del ampicilina/amoxicilina procedimiento.

Pauta antibiótica en los procedimientos dentales, cavidad bucal, aparato respiratorio y esófago¹

Profilaxis estándar	Amoxicilina	Adultos: 2g; niños: 5 mg/kg 1 h antes del procedimiento.
Intolerancia a la vía oral	Ampicilina	Adultos: 2 g i.m. o i.v.; niños: 50 mg/kg i.m. o i.v. 30 min antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilina	Clindamicina o cefalexina	Adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg i.v. 30 min antes del procedimiento. Adultos: 2 g; niños: 50 mg/kg oral 1 h antes del procedimiento.
Alérgica a penicilina e intolerancia a la vía oral	Clindamicina o cefazolina	Adultos: 600 mg; niños: 20 mg/kg i.v. 30 min antes del procedimiento. Adultos: 1g; niños: 25mg/kg i.m. o i.v. 30 min antes del procedimiento.

(1) Tomado de: Federico Vallés et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. Rev Esp Cardiol 2000; (53)10: 1384-1396.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

BIBLIOGRAFÍA GENERAL Y ENDOSCOPIAS:

- COLONOSCOPIA. José Luis Vázquez Iglesias- Galicia Editorial S.A. 1998
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. DIAGNÓSTICO. José Luis VAZQUEZ-IGLESIAS- Galicia Editorial S.A. 1992.
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. TERAPÉUTICA. José Luis VAZQUEZ-IGLESIAS- Galicia Editorial S.A.- 1995.
- ENDOSCOPIC INTERPRETATION. Blackstone. Raven Press. 1984.
- ENFERMEDADES DEL COLON EN IMÁGENES. J. Ferrando.EMISA.1996.
- ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO EN IMÁGENES. J. Ferrando.EMISA. 1990.
- ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO Y DUODENO EN IMÁGENES. J. Ferrando. EMISA.1992.
- Gastroenterología.- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. L. Abreu. Ediciones Eurobook. 1998.
- INDICACIONES Y RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. GASTROENTEROLOGÍA Integrada. Tema Monográfico. Sábado 1 Enero 2000- Número 1 p.3-18.
- PROTOCOLOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS EN PATOLOGÍA DIGESTIVA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital General Vall d'Hebrón- Edición Prous Science- 1998.
- PROTOCOLOS CLINICOS "MEDICINE" ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO. Ediciones Doyma.
- PROGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS MÉDICOS DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA (MKSAP). De la American Association for The study of liver Diseases.
- GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA SOBRE TEMAS DIGESTIVOS. Sociedad Española de Patología Digestiva y Sociedad Aragonesa de Medicina General.
- INDICACIONES DE LA RECTOSIGMOSCOPIA FLEXIBLE Y COLONOSCOPIA. Servicio de Gastroenterología Puerta de Hierro (Madrid). L.Abreu, B. Llorente, C. Pastor y M. Vera
- DISPEPSIA. PROTOCOLO 2000-2. Formación Médica Continuada. Doyma.
- INDICACIONES ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. A. Gines Gilbert. Protocolos Clínicos "Medicine". Enfermedades Aparato Digestivo. Edic. Doyma.
- ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES Y DIAGNÓSTICOS DE LAS GASTROSCOPIAS SOLICITADAS POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. M. Vernet Verneta. Atención Primaria. Marzo 2000.
- Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Nuin-Villanueva M, Cierco-Peguera P, Moreno-Baquerano M, Rubio-Toledano L. Grupo de Prevención del Cáncer del PAPPs. PREVENCIÓN DEL CÁNCER. ACTUALIZACIONES 2005. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):47-65.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4.
- Robert H Fletcher, MD. SCREENING AVERAGE RISK PATIENTS FOR COLORECTAL CANCER. UpToDate Online 15.2. 2007. Disponible en: <http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=screenpm/4407>

DISPEPSIA NO ESTUDIADA:

- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE DISPEPSIA. Manejo del paciente con dispepsia". Guía de práctica clínica. Barcelona. Asociación Española de Gastroenterología. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. 2003. Programas de elaboración de guías clínicas de práctica clínica en enfermedades digestivas. (guía nº 3). <http://www.guiasgastro.net>
- TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS (2ª edición). 2006. Asociación Española de Gastroenterología. <http://www.aegastro.es/>
- PROBLEMAS COMUNES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. Con el aval científico de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) 2006. <http://www.aegastro.es/> y <http://www.aeeh.org/>
- DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DIGESTIVA. Sociedad Española de Patología Digestiva. 2003. <http://www.sepd.es>
- GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF THE DYSPEPSIA. Nicholas J. Talley, M.D., Ph. D., F.A.C.G., Nimish Vakil, M.D., F.A.C.G., and the Practice Parameters. American Journal of Gastroenterology. October 2005, Volume 100, Number 10, p. 2324 – 2337.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Dyspepsia. Ref CG17. 1st programme. August 2004. <http://www.nice.org.uk/>
- AGA GUIDELINE: DYSPEPSIA.En UPTODATE 2006. www.uptodate.com

- ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICAS. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Sleisinger and Fordtran. 7ª edición. 2004. En: Capítulo 7: Dispepsia, página 107 a 125.

HELICOBACTER PYLORII:

- "Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas" . 2006 (2ª edición). Editado por la Asociación Española de Gastroenterología.

DIAGNÓSTICO PRECOZ CÁNCER GÁSTRICO:

- PROTOCOLO DE CÁNCER (Diciembre 1999). Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS (2006). Asociación Española Gastroenterología
- PROBLEMAS COMUNES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA (2006). Con el aval de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). 2006. . <http://www.aegastro.es/> y <http://www.aeeh.org/>
- ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICAS. 2004. Sleisinger and Fordtran.
- "Early gastric cancer" in 2006 UPTODATE. www.uptodate.com

CÁNCER COLORRECTAL:

- Guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Barcelona. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. 2004.
- Gastroenterología y Hepatología. Volumen 29, Extraordinario 3. noviembre 2006, página 72 a 76. (Publicación Oficial de la Asociación Española de Gastroenterología).

ALTERACIÓN DE TRANSAMINASAS:

- Sánchez Tapias JM. EL ENFERMO CON HIPERTRANSAMINASEMIA. En: ruguera M, Bordas JM, Rodes J, eds. Técnicas de diagnóstico y exploración en Hepatología. Barcelona. Salvat, 1990.
- García Monzón C. Protocolo diagnóstico del paciente con hipertransaminasemia. En: Enfermedades del aparato digestivo. Medicine 8ª Serie. Madrid, Idepsa 2000. P. 713-6.
- Fernández Bermejo M, Moreno Otero R. Protocolo diagnóstico del paciente asintomático con elevación crónica de las transaminasas. En: Enfermedades del Aparato Digestivo. Medicine. 8. a Serie. Madrid, Idepsa 2000. p. 707-9.
- Moreno Monteagudo JA, Fernández Bermejo M, Iacono O. Lo. Indicaciones de la derivación de la hipertransaminasemia de la Atención Primaria a la Especializada. Criterios de ingreso hospitalario de las hipertransaminasemias. En: Enfermedades del Aparato Digestivo. Medicine. 8. a Serie. Madrid, Idepsa 2000. p. 713-6.
- Primo Vera J, Berenguer La Puerta J. ¿Qué hacer con el paciente con hipertransaminasemia mantenida?. Práctica Gastroenterología, 1995; 3:3-7.
- Ampurdannés S, Rodes J. Hepatitis crónica en Atención Primaria. En: Práctica gastroenterología en Atención Primaria. Laboratorios Vita, 1997. Sánchez Tapias JM. EL ENFERMO CON HIPERTRANSAMINASEMIA. En: ruguera M, Bordas JM, Rodes J, eds. Técnicas de diagnóstico y exploración en Hepatología. Barcelona. Salvat, 1990.
- García Monzón C. Protocolo diagnóstico del paciente con hipertransaminasemia. En: Enfermedades del aparato digestivo. Medicine 8ª Serie. Madrid, Idepsa 2000. P. 713-6.
- Fernández Bermejo M, Moreno Otero R. Protocolo diagnóstico del paciente asintomático con elevación crónica de las transaminasas. En: Enfermedades del Aparato Digestivo. Medicine. 8. a Serie. Madrid, Idepsa 2000. p. 707-9.
- Moreno Monteagudo JA, Fernández Bermejo M, Iacono O. Lo. Indicaciones de la derivación de la hipertransaminasemia de la Atención Primaria a la Especializada. Criterios de ingreso hospitalario de las hipertransaminasemias. En: Enfermedades del Aparato Digestivo. Medicine. 8. a Serie. Madrid, Idepsa 2000. p. 713-6.
- Primo Vera J, Berenguer La Puerta J. ¿Qué hacer con el paciente con hipertransaminasemia mantenida?. Práctica Gastroenterología, 1995; 3:3-7.
- Ampurdannés S, Rodes J. Hepatitis crónica en Atención Primaria. En: Práctica gastroenterología en Atención Primaria. Laboratorios Vita, 1997.

PROFILAXIS ENDOCARDITIS:

- Federico Vallés et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. Rev Esp Cardiol 2000; (53)10: 1384-1396.

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE ÁREA DE DIGESTIVO (orden alfabético):

Mercedes García Cubino.- Médico de E.A.P. Cabezuela del Valle.
Pilar Iglesias Carrero.- Médico de E.A.P. Montehermoso.
Aniceto Lucena Flores.- FEA Digestivo. Hospital Virgen del Puerto. Coordinador del Grupo.
Pilar Martín Fernández - Enfermera Unidad Digestivo. Hospital Virgen del Puerto.

CON LA COLABORACIÓN DE:

José Antonio González Hurtado. FEA Hematología. Hospital Virgen del Puerto.
Hortensia Castaño Castaño. Médico de EAP Plasencia I.
Miguel Ángel Regodón Redondo. Médico de EAP Pínofrankeado.
Ventura Martín Rodríguez. Jefe de Inspección Médica. Área de Salud de Plasencia.

COORDINACIÓN CON LA GERENCIA DEL ÁREA:

Ignacio Escudero Sánchez. Director Médico de Atención Primaria. Gerencia Área Plasencia.
Lidia Peral Baena. Directora de Enfermería de Atención Primaria. Gerencia Área Plasencia.
Belén Sánchez Montero. Coordinadora de EAPS. Gerencia Área Plasencia.

APOYO AUXILIAR ADMINISTRATIVO:

Consuelo Simón García. Auxiliar administrativo. Gerencia Área Plasencia..
Teresa Hernández Galindo. Auxiliar administrativo. Gerencia Área Plasencia..
M^a Begoña Gordo Martín. Auxiliar administrativo. Gerencia Área Plasencia.