

Objectiu (2010...)

Col·laboració AP i CHV per a millorar la disponibilitat de l'especialista en digestiu:

1. Interconsulta no presencial
SISO
mail ?
2. Endoscòpia directa des d'ABS (+ reconversió 1^a visita)
 - Gastroscòpia (sense sedació CHV)
 - Colonoscòpia (grup "control")
 - Rectoscòpies

CHV: Plans de xoc (visites i endoscòpies)

CHV – Digestiu – ABS (“balanç”)

- Consulta no presencial*
 - Endoscòpia “open acces”
 - CDR
- } ↑ accessibilitat

- Visita via *call-center*: visites amb prioritats ordinària: < 40 dies
- Visites “preferents”: Revisió motiu < 2 setmanes
 1. Reconversió a prova (dispèpsia i RGE)
 2. Grup prioritari: descompensacions/recidives de malalties específiques
 3. Priorització segons disponibilitat per a la resta (*permet consulta ràpida)

- Derivacions 2010 = 2009

Balanç per part ABS ?

- Quan utilitzar “interconsulta no presencial”
- Com sol.licitar gastroscòpies
- A qui sol.licitar gastroscòpia
- Com sol.licitar colonoscòpia
- Indicacions colonoscòpia des de l'ABS: proves de “control “**
- Rectoscòpia i rectosigmoidoscòpia ?
- Preparació colonoscòpia
- Qui i com enviar a CDR**
- Quan utilitzar PSOF
- Quan fer eradicació HP
- Cal fer “screening” CCR: a qui ?

Proves sense sedació:

- gastroscòpies
- rectoscòpies (i si fos el cas de colonoscòpia sense sedació)

Servei sol.licitat

PROVES

- FIBROGASTROSCÒPIA AMB BIOPSIA
- COLONOSCÒPIA
(afegir **recto/sigmoidoscopia**)

Justifiqueu prioritat

MOTIU DE LA PROVA

Informació sanitària – dades clíniques rellevants

- Informació clínica

Prioritat: X ordinària

Servei sol.licitat

COLONOSCÒPIA **AMB SEDACIÓ**
Cal afegir “amb sedació”

Justifiqueu prioritat

MOTIU DE LA PROVA

- Antecedent d'adenoma fa 5 anys
- ...

Informació sanitària – dades clíniques rellevants

- Al.lèrgies medicamentoses
- Medicació activa que pren
- Pes i alçada
- Fer constar si pren SINTROM: se'l citarà amb temps per a fer proves de coagulació just abans de la prova
- Fer constar si és diabètic (es programen a primera hora)

Prioritat: preferent

Servei sol.licitat
GASTROENTEROLOGIA - CDR
(Digestiu)

NO : COLONOSCOPIA CDR...

Justifiqueu prioritat
- *Rectorragia sense patologia anal*

Informació sanitària – dades clíniques rellevants

- Al.lèrgies medicamentoses
- Medicació activa que pren
- Pes i alçada
- Fer constar si pren SINTROM: se'l citarà amb temps per a fer proves de coagulació just abans de la prova
- Fer constar si és diabètic: es programen a primera hora

-Informació clínica procés actual

PIAPiSC

RGE

Derivar directament per a la prova quan es precisi efectuar la endoscòpia

La indicació d'endoscòpia no precisa avaluació prèvia per l'especialista en pacients amb MRGE.

L'informe d'endoscòpia al metge sol·licitant es farà junt amb recomanacions precises de tractament i/o seguiment en cas que hi hagi patologia per RGE complicada.

QUAN DERIVAR A L' ESPECIALISTA?

- Quan hi hagi esofagitis que no sigui lleu o moderada, esòfag de Barret o estenosis a l'endoscòpia.
- En cas de dubtes diagnòstics en pacients que no hi hagi simptomatologia típica i sigui dubtosa la indicació d'endoscòpia.
- Per avaluar el tractament quirúrgic
- En pacients amb MRGE i endoscòpia normal que no obtenen un bon control de símptomes

En cas de dubtes, comentar el cas primer via interconsulta no presencial

DISPEPSIA

Derivar directament per prova quan es precisi efectuar la endoscòpia

L'informe de l'endoscòpia s'enviarà al metge sol·licitant junt a recomanacions precises de tractament i/o seguiment si convé.

En casos de detectar patologia tributària d'atenció especialitzada, aquesta s'iniciarà directament a aquest nivell a partir de l'endoscòpia (informant igualment al metge de primària del resultat de la prova)

QUAN DERIVAR A L' ESPECIALISTA?

Els casos de dispèpsia ja investigada (endoscòpia) o de causa coneguda que no s'aconsegueixin controlar a nivell d'assistència primària.

En cas de dubtes, plantejar la situació primer via interconsulta no presencial

CDR

S'utilitza el full de derivació habitual.

Prioritat: marcar sempre **preferent**

Servei sol.licitat: **CDR Gastroenterologia** (o digestiu).

Justifiqueu prioritat: Redactar el criteri d'inclusió que s'ha utilitzat (en cas de més d'un en un mateix pacient, escollir el que es consideri clínicament més important)

Informació sanitària / Dades clíniques:

Posar la informació clínica del cas com es fa habitualment.

Important:

tractament que fa el pacient actualment,

si hi ha presa d'AINEs (encara que siguin a demanda o ocasionalment) o antiagregants si hi ha exploracions de colon prèvies (colonoscòpia, sigmoidoscòpia o enema opaca)

S'envia per FAX a CCEE del CHV o amb valisa.

Els pacients es programaran amb la màxima prioritat si en el full de derivació les dades demanades es consignen adequadament i la informació clínica és correcta.

Els altres casos es retornaran a l'ABS d'origen.

criteris per a incloure pacients en CDR de CCR. 2005, HGV i ABS Osona

1. Massa abdominal a l'exploració física o massa rectal al tacte rectal
2. > 40 anys i canvi recent (> 1 mes i < 6 mesos) en l'hàbit deposicional si*
 1. Tenesme
 2. Diarrea
 3. Alternança de diarrea amb restrenyiment
 4. Astènia, anorèxia i pèrdua de pes (els 3)
3. Rectorràgia no justificable per patologia anal
4. Anèmia ferropènica en absència d'AINEs i/o dispèpsia i > 40 anys. En dones premenopàusiques si sang oculta en femta +.
5. Qualsevol dels previs en pacients > 40 anys amb antecedents personals o familiars de primer grau (pares, germans o fills) de neoplàsia colorectal que no hagin estat objecte de cribratge previ

CDR CCR

Circuit de diagnòstic ràpid del CCR)

Síntomes

ABS

CCEE CDR

7-14 dies

No neoplàsia
(ni MII...)

Colonoscòpia
CDR

CCEE digestiu
CHV, fora de CDR, fins alta

Altres CCEE

Neoplàsia

Gestor CDR
Comitè Tumors Digestius

CDR:
Des de 2005 CatSalut
↑sensibilitat: criteris estrictes
Disminució temps dx – tractament
Resultats ...

Digestòleg: adenomes
TAC – RMN – Eco endoanal
Cirurgia - Oncologia

PROVES AMB SEDACIÓ

PROVES AMB SEDACIÓ

Instruccions per a la prova: s'enviaran a cada ABS

- Informar que abans de la prova se'ls farà signar consentiments
- Dejú previ
- Venir acompanyat; després de la prova NO es pot conduir i ha de romandre acompanyat fins l'endemà
- La medicació del matí es pot prendre tota amb poca aigua; NO antidiabètics ni insulina
- Proves de coagulació: plaquetes, TP i PTT.
- Situacions especials:
 - SINTROM: stop dia -3; passar a Clexane des de dia -2 fins 48 h postexploració
 - Antiagregants
 - AAS > 100 mg: passar a 100 mg la setmana abans
 - Clopidogrel: es retirara els 10 dies previs; passar a AAS 100 mg
 - Stents amb clopidogrel: es farà la prova sense retirar tractament; si calgués terapèutica es decidiria a posteriori
- Diabètics:
 - Cal sopar la nit prèvia
 - El dia de la prova ha d'estar en dejú i sense prendre medicació per la DM
 - Després de la prova s'indicarà com reiniciar tractament

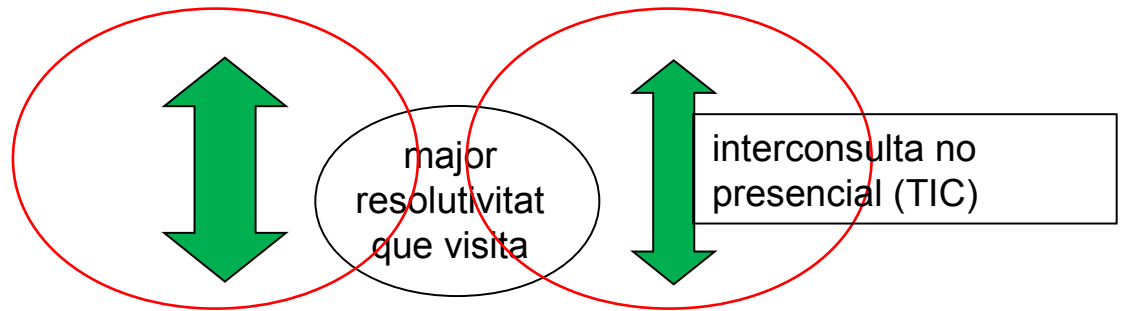
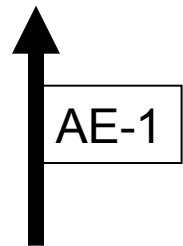
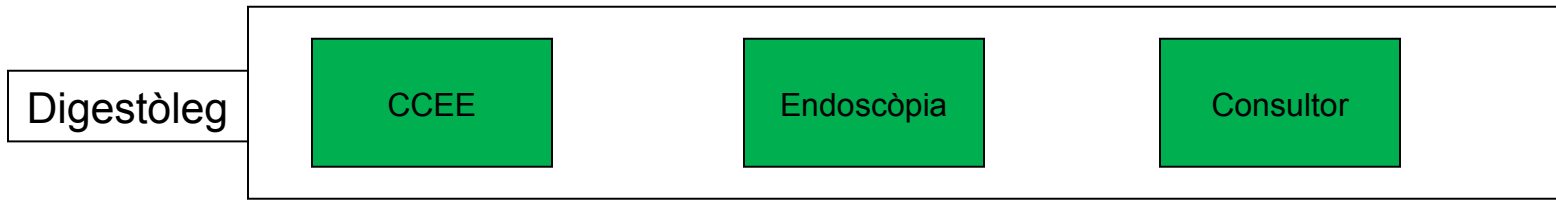
PREPARACIÓ PER A LA PROVA

PEG, 4 L tarda abans

3 dies previs dieta sense residus

VISITA PRE-ANESTÈSICA. QUAN S'HA DE DEMANAR ?

- En cas d'ingrés per descompensació cardíaca, pulmonar o metabòlica
 - Dificultat respiratòria:
 - Dispnea de mínim esforç
 - Oxigen domiciliari
 - Intolerància al decúbit
 - Complicació en algun procediment anestèsic previ
 - Sempre que el metge d'AP ho consideri oportú
 - Si el pacient ho demana per alguna raó
- En pacients que tinguin descompensació d'alguna malaltia s'esperarà a la màxima compensació per a fer l'endoscòpia
- Hi haurà una adreça de correu electrònic del Servei d'Anestesiologia del CHV a disposició dels metges d'AP per a dubtes i un telèfon de contacte per als pacients per a dubtes.

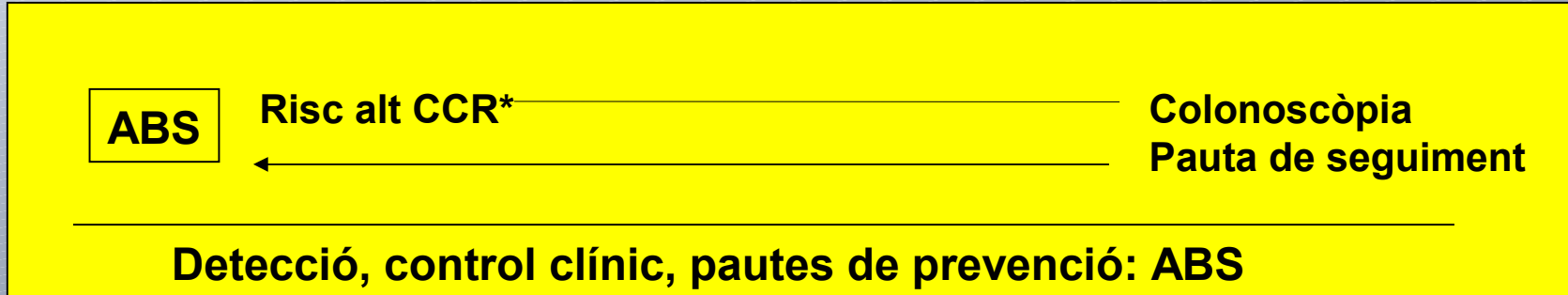


ABS	Control neoplàsia	Endoscòpia
	CDR	Criteris estrictes
	Estudi símptomes - alt hepàtica	Prova diagnòstica - estudi previ
	Patologia específica	AE1
	Miscel.lània	AE1

Problema	Evidència	Dx/Control ABS	Rol AE (inicial)
Dispèpsia	GPC	sí	endoscòpia
RGE	GPC	sí	endoscòpia
IBS	GPC	sí	endoscòpia > 40 anys
Rectorràgia	GPC	sí	endoscòpia
Hemorroides/fissura anal	GPC	sí	visita cirurgia rectoscòpia ?

Problema	Dx/Control ABS	Rol AE (inicial ?)
Trastorn hàbit intestinal	?	Colonoscòpia
“Dolor abdominal”	sí	TAC / colonoscòpia
Diarrea crònica	Inicial sí	Cas complex
Restrenyiment	sí	
Alteració hepàtica	ECO + A previ a visita	
Alteracions biliars		Cirurgia

Neoplàsia colorectal. Prevenció



Prevenció secundària (screening): Només risc alt

* CCR familiar

CCHNP / PAF / altres síndromes: Seguiment específic/Consell genètic

Malaltia inflamatòria

Història personal neoplàsia CR = adenomes

Screening en risc mig (població sense antecedents > 50 anys)

- No es fa

- Pendent de decisió Pla Director per a començar SOF