Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad

Protocolo para el registro de la solicitud de

Colonoscopia diagnóstica

Elaborado por
Área de Calidad
Subdirección de Gestión Clínica y Calidad
SESPA

El presente documento es una guía destinada a ayudar a los profesionales a utilizar correctamente el protocolo destinado al registro de la solicitud de una Colonoscopia diagnóstica.

Deben considerarse como recomendaciones, no como instrucciones. Desde el equipo de elaboración de este documento abogamos por seguir el mayor numero de recomendaciones posibles, pues ello implicará una mejor cumplimentación y registro de las actividades realizadas.

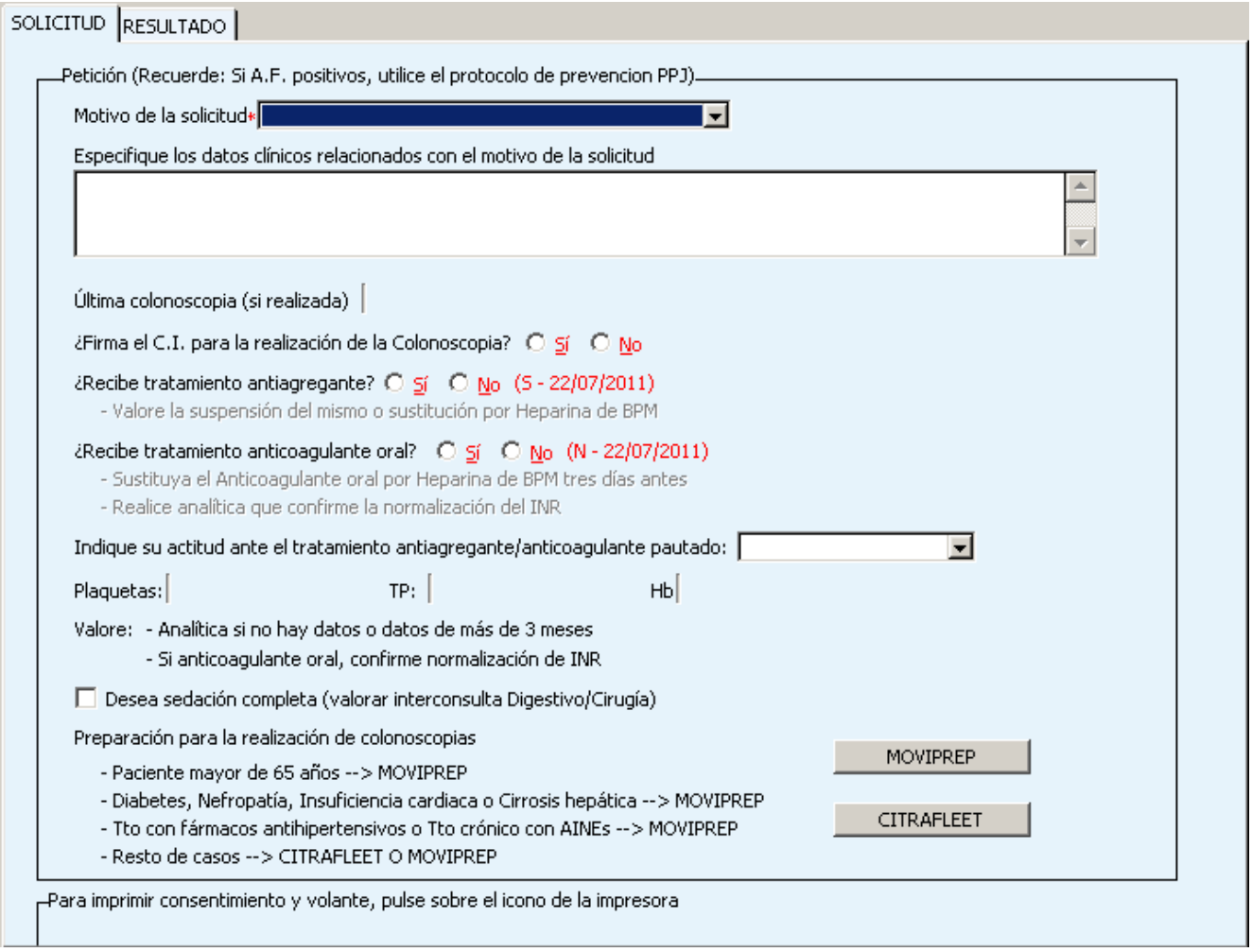
Debe entenderse que los protocolos de OMIap pueden sufrir modificaciones de mayor o menor calado en función de la evolución de la evidencia científica y de las necesidades de los profesionales. Por tanto deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que existan actualizaciones que puedan anular el presente documento.

Este protocolo se ha diseñado con dos objetivos:

1.- Mejorar el registro de los motivos de solicitud de esta prueba desde Atención Primaria

2.- Ayudar a los profesionales que deben trabajar conjuntamente en este campo a intercambiar la mejor información posible.

En la primera pestaña se recogen los datos de la solicitud


SOLICITUD | RESULTADO

Petición (Recuerde: Si A.F. positivos, utilice el protocolo de prevencion PPJ)

Motivo de la solicitud*

Especifique los datos clínicos relacionados con el motivo de la solicitud

Última colonoscopia (si realizada)

¿Firma el C.I. para la realización de la Colonoscopia? Sí No

¿Recibe tratamiento antiagregante? Sí No (S - 22/07/2011)
- Valore la suspensión del mismo o sustitución por Heparina de BPM

¿Recibe tratamiento anticoagulante oral? Sí No (N - 22/07/2011)
- Sustituya el Anticoagulante oral por Heparina de BPM tres días antes
- Realice analítica que confirme la normalización del INR

Indique su actitud ante el tratamiento antiagregante/anticoagulante pautado:

Plaquetas: TP: Hb

Valore: - Analítica si no hay datos o datos de más de 3 meses
- Si anticoagulante oral, confirme normalización de INR

Desea sedación completa (valorar interconsulta Digestivo/Cirugía)

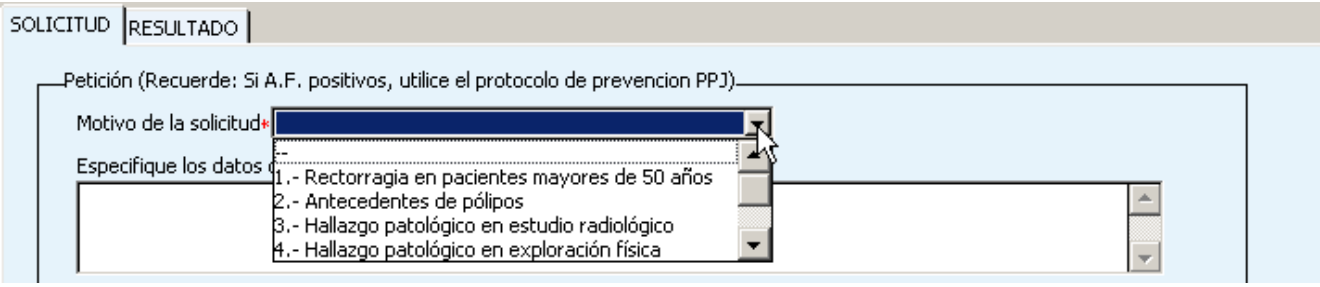
Preparación para la realización de colonoscopias
- Paciente mayor de 65 años --> MOVIPREP
- Diabetes, Nefropatía, Insuficiencia cardiaca o Cirrosis hepática --> MOVIPREP
- Tto con fármacos antihipertensivos o Tto crónico con AINEs --> MOVIPREP
- Resto de casos --> CITRAFLEET O MOVIPREP

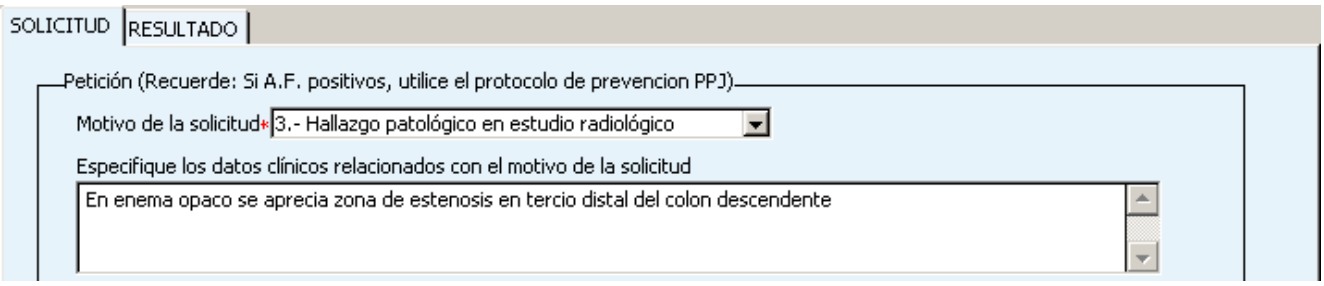
MOVIPREP

CITRAFLEET

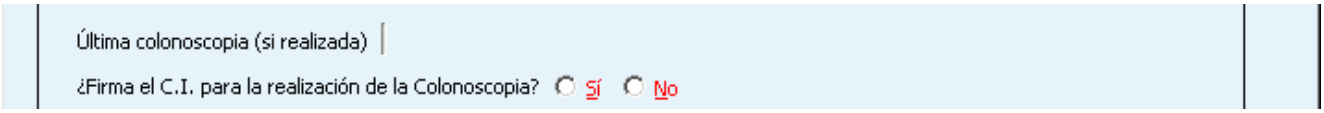
Para imprimir consentimiento y volante, pulse sobre el icono de la impresora

Es obligatorio cumplimentar el campo "Motivo de solicitud". Procure, en el espacio reservado para las observaciones, añadir toda la información que considere relevante y que pueda ayudar a mejorar la realización de la colonoscopia.

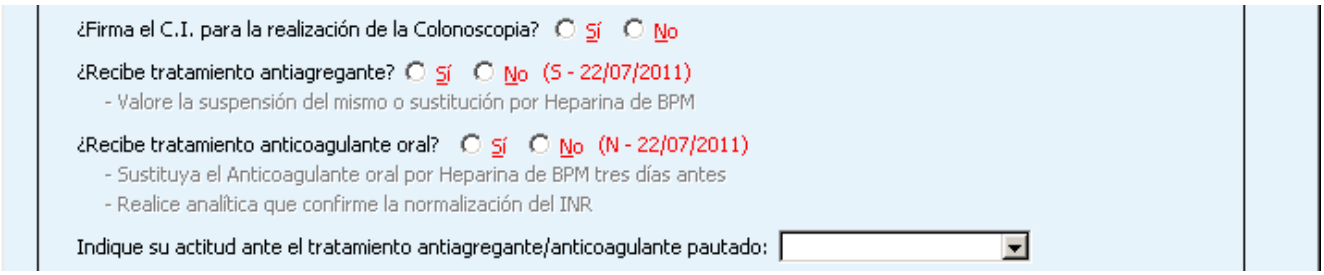




A continuación se muestra el resultado de la última colonoscopia (si se ha registrado alguna) y la opción para marcar la firma del consentimiento informado.



En la siguiente sección, deberemos anotar dos datos básicos sobre la toma de antiagregantes o anticoagulantes orales. Se ofrece información sobre las opciones recomendadas en cada caso y se pide al profesional que indique cuál es la opción que va a elegir.



Ultima colonoscopia (si realizada)

¿Firma el C.I. para la realización de la Colonoscopia? ◉ Sí ○ No

¿Recibe tratamiento antiagregante? ○ Sí ◉ No (S - 22/07/2011)
- Valore la suspensión del mismo o sustitución por Heparina de BPM

¿Recibe tratamiento anticoagulante oral? ○ Sí ○ No (N - 22/07/2011)
- Sustituya el Anticoagulante oral por Heparina de BPM tres días antes
- Realice analítica que confirme la normalización del INR

Indique su actitud ante el tratamiento antiagregante/anticoagulante pautado:
-
Suspender tratamiento
Sustituir por HBPM

A continuación se ofrecen unos campos meramente informativos. Nos ofrecen el último resultado de datos como plaquetas, Tiempo de protrombina y Hemoglobina. La importancia de estos campos es ver la fecha para valorar la necesidad o no de realizar nueva analítica antes de la solicitud de la colonoscopia.

Plaquetas: TP: Hb

Valore: - Analítica si no hay datos o datos de más de 3 meses
- Si anticoagulante oral, confirme normalización de INR

La pregunta sobre si desea sedación tiene importancia por dos motivos:

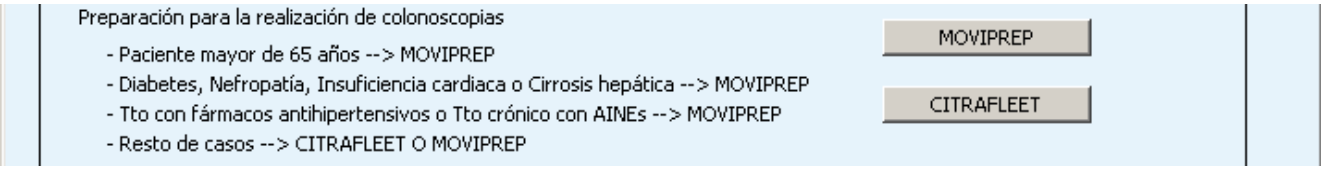
☐ Desea sedación completa (valorar interconsulta Digestivo/Cirugía)

1.- En algunas áreas sanitarias, la colonoscopia bajo sedación la realizan los cirujanos y no los especialistas de digestivo.

2.- Independientemente de quién realice la prueba, los anestesistas pueden solicitar un periodo de ayuno previo a la realización de la colonoscopia superior al indicado en la documentación que se entregará al paciente.

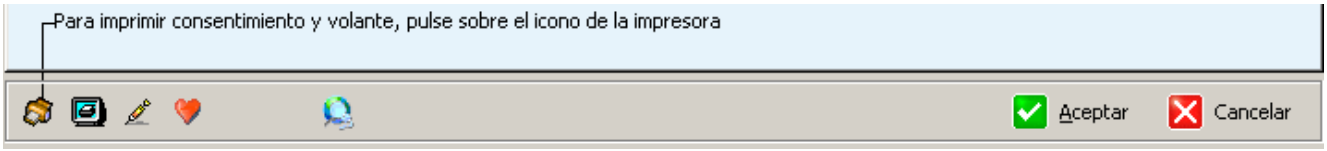
3.- En algunas áreas sanitarias, la solicitud de sedación supone una excepción a la petición directa desde atención primaria (por las características antes señaladas) por lo que puede estar indicada la solicitud de interconsulta previa.

Al final de la pestaña, se indican las posibilidades de preparación en función de la situación basal del paciente.

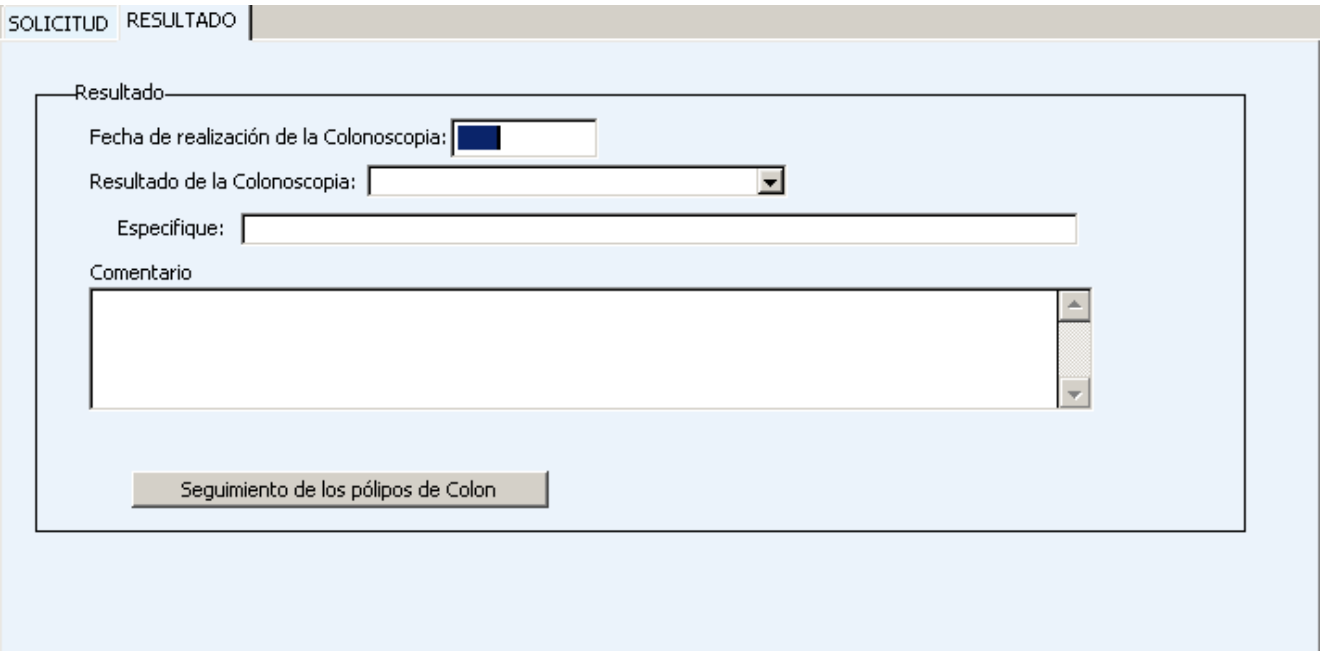


Una vez entregada la documentación sobre preparación al paciente, podemos imprimir el consentimiento informado y un volante de solicitud que mostrará todos los campos necesarios cumplimentados.

Dependiendo del área sanitaria, se deberá imprimir también un volante de solicitud de OMI. En este caso, junto con el volante de OMI se aportará el volante de solicitud que se imprime asociado a este protocolo.



La **segunda pestaña** se destina al registro de los resultados.



El modelo de solicitud y consentimiento informado

En el momento de finalizar la cumplimentación de datos necesarios para realizar la solicitud de la colonoscopia, se puede imprimir la documentación relativa al consentimiento informado y la solicitud de la prueba.

La **primera página** está dedicada a la explicación de la prueba y de los riesgos habituales e infrecuentes de la misma.

Al final de esta página encontrará la posibilidad de añadir riesgos específicos por la situación clínica del paciente.

3.- Riesgos personalizados
Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:
1.-

Escriba en este campo aquellos riesgos que no son generales al procedimiento sino que derivan de la situación específica del paciente.

3.- Riesgos personalizados
Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:
1.- Hiperglucemia que deberá controlar mediante autoanálisis

La segunda página muestra el tipo de consentimiento que se otorga e incluye un campo para la denegación del mismo si se ha dado previamente.

En la primera parte se muestran los datos del paciente.

Paciente: FEMENINO PRUEBA ANCIANA
DNI (o Pasaporte): 00000000
En caso de pacientes menores de edad o pacientes incapacitados temporal o permanentemente, el familiar o persona autorizada que representa al paciente:
Familiar o tutor legal:
DNI/PASAPORTE: **Relación:** Padre

Observe que, en caso de tratarse de pacientes menores o incapacitados, deberá cumplimentar los datos referidos al familiar o tutor legal. Tanto el nombre como el DNI o Pasaporte y la relación con el paciente.

Paciente: FEMENINO PRUEBA ANCIANA
DNI (o Pasaporte): 00000000
En caso de pacientes menores de edad o pacientes incapacitados temporal o permanentemente, el familiar o persona autorizada que representa al paciente:
Familiar o tutor legal: Nombre Tutor Legal
DNI/PASAPORTE: 99999999 **Relación:** Padre

Padre
Madre
Tutor/a legal

A continuación observará varias opciones:

1.- Firma de consentimiento informado (es la opción marcada por defecto)

2.- Firma del consentimiento con renuncia al derecho de información

3.- Denegación del consentimiento otorgado previamente. Este es un campo que se cumplimentará manualmente ya que deberá cumplimentarse en caso de una firma previa que deberá estar guardada en la historia física del paciente.

Debe **marcar la opción elegida sin olvidar des-marcar** las otras opciones

Marque la opción la opción elegida

☒ **Firma del consentimiento informado**

Declaro: que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que se, que en cualquier momento, **puedo revocar mi consentimiento**.

Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** para la realización de colonoscopia con o sin polipectomía:

Firma del paciente / Tutor o representante legal Firma del médico

☐ **Renuncia al derecho de información**

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 mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** para la realización de colonoscopia con o sin polipectomía:

Firma del paciente / Tutor o representante legal Firma del médico

☐ **Revocación del consentimiento informado**

Con fecha: _____ de Enero de _____ revoco el consentimiento informado para la realización de una colonoscopia con o sin polipectomía.

Firma del paciente / Tutor o representante legal Firma del médico

Conviene, para que la documentación quede correctamente guardada, que estas dos páginas las imprima en una sola hoja por los dos lados.

La tercera página se refiere al volante de solicitud. En esta página, todos los campos son autocumplimentables permitiéndole la opción de añadir algunos comentarios.

Las primeras secciones se refieren a la identificación del paciente, el servicio receptor, el tipo de prueba solicitada y la aportación de los datos sobre hemograma y coagulación.

Identificación del paciente / Etiqueta	**Apellidos:** PRUEBA ANCIANA **Nombre:** FEMENINO **N.H.C.** 7982 **N° SS:** **Fecha de nacimiento** 10/01/1935 **Edad:** 76 años

Servicio solicitante	**Servicio / E.A.P.** sscc sespa **Médico** PABLO MOLA CABALLERO **Fecha** 22/07/2011

Exploración solicitada	☒ Colonoscopia

Se aporta	☒ Hemograma	☒ Coagulación

A continuación, se muestran los datos sobre la toma de antiagregantes y anticoagulantes y la opción terapéutica adoptada.

¿Tratamiento antiagregante? Sí	**¿Tratamiento anticoagulante?** No	☐ Precisa profilaxis de endocarditis
En caso de tratamiento anticoagulante y/o antiagregante, actitud: Suspender tratamiento		

Y los datos básicos sobre el motivo de solicitud

Motivo de la exploración / Información clínica de interés

Motivo de petición: **3.- Hallazgo patológico en estudio radiológico**

Información clínica detallada en relación con la indicación:

En enema opaco se aprecia zona de estenosis en tercio distal del colon descendente

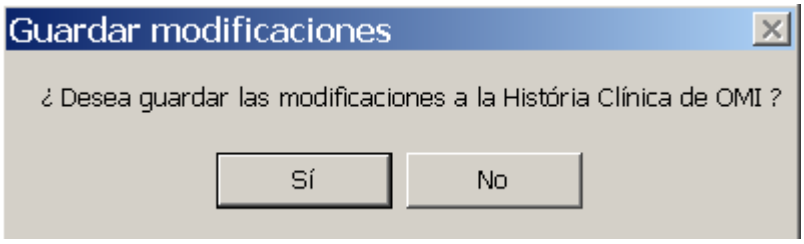
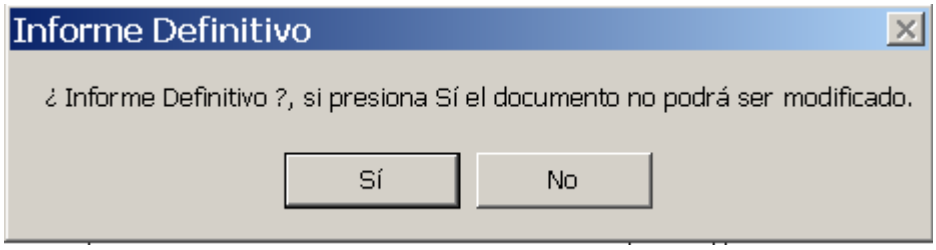
Si, por la razón que fuera, los campos no han sido cumplimentados, el informe permite escribir los datos en los campos correspondientes.

Una vez definidos todos los campos imprimimos el documento y saldremos.

¿Cómo salir correctamente de esta plantilla?

Recuerde, pulse sobre “Archivo” en el menú superior y elija la opción “Guardar y volver a OMI”.

Le preguntará si desea guardar las modificaciones a la historia clínica. Pulse que “Si”



Por último, le preguntará si el informe es definitivo. Pulse que sí