

CODI	CÓDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)	1	2	3	4	5	6	ASISTENCIA TELEMÁTICA RECOMENDADA
		ALTA	MEDIA	BAJA	DEMORABLE (rango 6 - 12 meses)	SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	SUSPENDER / REEVALUAR NECESIDAD	
GASTROSCOPIA								
1	Hallazgos radiológicos de alta sospecha de neoplasia o estenosis	1						
2	Por síntomas							
3	Disfagia u odinofagia graves o rápidamente progresivas	1						
4	Disfagia de duración superior a 6 meses o no progresiva		2					
5	Dispepsia o ERGE con signos / síntomas de alarma (pérdida de peso, anorexia, anemia...) o edad > 55 años	1						
6	Dispepsia o ERGE persistente a pesar de tratamiento adecuado y > 6 meses de evolución, sin síntomas de alarma			3	4			
7	Dispepsia persistente con antecedentes familiares de primer grado de cáncer gástrico sin síntomas de alarma		2					
8	Dolor torácico no cardiogénico			3				
9	Síntomas abdominales altos inespecíficos sin síntomas de alarma y > 6 meses de evolución			3	4			
10	Síntomas abdominales inespecíficos sin síntomas de alarma de inicio reciente			3				
11	Vómitos persistentes con sospecha clínica de origen neoplásico	1						
12	Vómitos persistentes SIN sospecha clínica de origen neoplásico		2					
13	Resto de indicaciones							
14	Enfermedades en las que una patología GI puede modificar la actitud terapéutica (p.e. historia de ulcus en pacientes que precisan iniciar tratamiento anticoagulante)	1						
15	Tratamiento complicaciones post-quirúrgicas (dehiscencia de sutura) con terapia de vacío, prótesis, suturas...	1						
16	Tratamiento paliativo estenosis neoplásica	1						
17	Colocación de gastrostomía endoscópica	1						
18	Control de cicatrización de ulcus gástrico		2					
19	Esofagitis grado C / D de L.A. (descartar complicaciones)			3	4			
20	Episodios previos de impactación alimentaria (estudio etiológico)		2					
21	Esofagitis eosinofílica. Evaluación de respuesta terapéutica			3				
22	Revisión programada de gastrostomía endoscópica			3	4			
23	Ligadura de VE en pacientes para profilaxis secundaria tras un episodio de HDA reciente	1						
24	Ligadura de VE tras >=1 ligadura previa hasta completar erradicación		2					
25	Ligadura de VE en pacientes para profilaxis primaria que no toleran o con contraindicación para los betabloqueantes		2					
26	Seguimiento post erradicación VE o VG			3	4			
27	Inyección de esclerosantes en pacientes con VG como profilaxis secundaria tras episodio de HDA reciente	1						
28	Comprobación de erradicación de VG tratadas con adhesivos tisulares		2					
29	Dilatación endoscópica de estenosis benignas	1						
30	Terapéutica (RME o DSE) de neoplasia esofágica, gástrica precoz o lesiones con displasia visible en esófago de Barrett	1						
31	Terapéutica (RME o DSE) de adenomas duodenales		2					
32	Terapéutica de TNE tipo I < 20 mm		2					
33	Seguimiento Esófago de Barrett post-radiofrecuencia		2		4			
34	Seguimiento Esófago de Barrett tras resección endoscópica de lesión visible (detectar lesión residual o recurrencia)		2					
35	Seguimiento esófago de Barrett con histología indeterminada para displasia después de tratamiento con IBP para re evaluación			3				
36	Seguimiento de esófago de Barrett sin displasia				4	5		
37	Reevaluación de paciente con lesiones preneoplásicas del TGI alto remitidos desde otros Centros		2					
38	Estudio anemia ferropénica en paciente asintomático		2					
39	Estudio hipertensión portal para descartar VE o VG en pacientes con datos de riesgo de fibrosis hepática avanzada			3				
40	Tratamiento angiodisplasia o GAVE sintomático	1						
41	Polipectomía gástrica en paciente con anemia o antecedente HDA sin otra causa	1						
42	Diverticulotomía de Zenker sin antecedentes previos de broncoaspiración			3	4			
43	Diverticulotomía de Zenker con antecedentes previos de broncoaspiración		2					
44	Tratamiento de acalasia con dilatación o toxina botulínica, sin repercusión clínica importante		2					
45	Tratamiento de acalasia con dilatación o toxina botulínica, con repercusión clínica importante	1						
46	Biopsias previas de mucosa gástrica con >=DAG sin lesión visible	1						
47	Biopsias previas de mucosa gástrica con displasia <= DBG sin lesión visible en una única gastroscopia previa		2					
48	Biopsias previas de mucosa gástrica con displasia <= DBG sin lesión visible en > 1 gastroscopia previa			3	4			
49	Seguimiento de gastritis atrófica antral sin MI						6	
50	Seguimiento de gastritis atrófica antral con MI solo en antro o cuerpo, sin AF de CG, sin MI incompleta, sin gastritis tipo A ni infección H pylori persistente						6	
51	Seguimiento de gastritis atrófica antral con MI solo en antro o cuerpo, con AF de CG, MI incompleta, gastritis tipo A o infección H pylori persistente				4	5		

CODI	CÓDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)							ASISTENCIA TELEMÁTICA RECOMENDADA
		1	2	3	4	5	6	
		ALTA	MEDIA	BAJA	DEMORABLE (rango 6 - 12 meses)	SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	SUSPENDER / REEVALUAR NECESIDAD	
52	Seguimiento de MI / atrofia gástrica sin displasia después de resección de lesión visible					5		
53	Seguimiento de MI / atrofia gástrica corporoantral sin displasia y sin antecedentes familiares CG				4	5		
54	Seguimiento de MI / atrofia gástrica sin displasia CON antecedentes familiares CG					5		
55	Seguimiento de lesiones preneoplásicas en TGI alto (Barrett, atrofia, MI) en pacientes de > 80 años o con comorbilidad importante						6	
56	Seguimiento tras terapéutica mediante RME o DSE para descartar lesión residual o recidiva con histología previa <= DBG			3	4			
57	Seguimiento tras terapéutica mediante RME o DSE para descartar lesión residual o recidiva con histología previa >= DAG	2			4			
58	Sospecha malabsorción / celiacía o confirmación tras serología celiacía positiva	2						
59	Tratamiento acalasia con POEM			3	4			
60	Diarrea crónica en estudio			3	4			
61	Polipectomía gástrica en paciente asintomático y lesión de < 20 mm no sugestiva de neoplasia gástrica precoz			3	4			
62	Síndromes hereditarios de CCR para descartar neoplasias gástricas asociadas (PAF, Peutz Jeghers) sin gastroscopia previa			3	4			
63	Síndromes hereditarios de CCR para descartar neoplasias gástricas asociadas (PAF, Peutz Jeghers) con gastroscopia previa				4	5		
64	Estudio de cáncer gástrico familiar sin gastroscopia previa			3	4			
65	Estudio de cáncer gástrico familiar con gastroscopia previa				4	5		
66	Seguimiento de pólipos gástricos hiperplásicos no resecaados			3	4			
67	Seguimiento por pólipos de glándulas fúndicas SIN síndromes hereditarios de neoplasia digestiva						6	
68	Seguimiento tras resección de TNE tipo I < 20 mm			3	4			
69	Seguimiento por linfoma MALT de bajo grado, tras erradicación de H. pylori			3	4			
70								
71	Estadificación neoplasias tubo digestivo alto	1						
72	Estadificación colangiocarcinoma intrahepático	1						
73	Drenaje pseudoquistes y colecciones pancreáticas en paciente con clínica	1						
74	PAAF de lesiones focales sólidas de páncreas	1						
75	PAAF de adenopatías en contexto de neoplasia	1						
76	Dilatación de la vía biliar e ictericia	1						
77	PAAF de probable neoplasia de la vía biliar	1						
78	Sospecha de linitis plástica en estómago	1						
79	Coledocogastrotomía o coledocoduodenostomía guiada por USE	1						
80	Drenaje de la vesícula biliar por USE	1						
81	PAAF de glándula suprarrenal patológica	1						
82	Estudio de posible Dieulafoy	1						
83	Sospecha de tumor neuroendocrino pancreático		2					
84	PAAF de probable recidiva neoplásica		2					
85	Estudio de coledocolitiasis post- pancreatitis aguda		2					
86	Estudio probable ampuloma		2					
87	Gastroenteroanastomosis guiada por USE	1						
88	Estudio +/- PAAF de lesiones quísticas pancreáticas únicas de reciente diagnóstico con signos de riesgo por técnicas de imagen		2					
89	Estudio +/- PAAF de lesiones subepiteliales gástricas ≥ 3 cm			3				
90	Primer control linfoma gástrico MALT tras tratamiento			3				
91	Estudio pancreatitis idiopática			3				
92	Estudio pancreatitis recurrente			3				
93	Estudio tras resección endoscópica de neoplasia rectal pT1			3				
94	Evaluación del nivel de invasión previo a resección endoscópica de neoplasia del TGI alto o recto con sospecha de invasión submucosa			3				
95	Estudio TNE de pared del tubo digestivo previo a resección endoscópica			3				
96	Estudio compresión extrínseca			3				
97	Estudio dilatación conducto de Wirsung			3				
98	Estudio dilatación vía biliar en paciente asintomático			3				
99	Cribado de VG			3				
100	Estudio de probable NMPI de conducto principal sin signos de riesgo por técnicas de imagen		2					
101	Estudio de probable NMPI de conducto secundario sin signos de riesgo por técnicas de imagen			3				
102	Estudio +/- PAAF de lesiones quísticas pancreáticas únicas de reciente diagnóstico sin signos de riesgo por técnicas de imagen			3	4			
103	Estudio +/- PAAF de lesiones subepiteliales gástricas < 3 cm			3	4			
104	Estudio probable pancreatitis crónica			3	4			

CODI	CÓDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)	1	2	3	4	5	6	ASISTENCIA TELEMÁTICA RECOMENDADA
		ALTA	MEDIA	BAJA	DEMORABLE (rango 6 - 12 meses)	SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	SUSPENDER / REEVALUAR NECESIDAD	
105	Conrol linfoma gástrico MALT (controles previos negativos)			3	4			
106	Cribado de neoplasia de páncreas en población de riesgo			3	4			
107	Estudio lesión subepitelial esofágica			3	4			
108	Estudio lesión subepitelial duodenal			3	4			
109	Seguimiento NMPI ya conocida			3	4			
110	Estudio +/- PAAF de lesiones quísticas pancreáticas en pacientes no candidatos a cirugía por edad o comorbilidades						6	
111	Estudio de lesiones subepiteliales < 3 cm en pacientes de edad avanzada o no candidatos a cirugía por comorbilidades						6	
112	Por síntomas							
113	Ampulectomía	1						
114	Coledocolitiasis < 10 mm sin colangitis		2					
115	Coledocolitiasis > 10 mm sin colangitis	1						
116	Sospecha de disfunción del esfínter de Oddi			3				
117	Retirada de prótesis biliar migrada proximalmente sin colangitis	1						
118	Recambio / retirada programada de prótesis biliar			3				
119	Colangioscopia intraductal por patología benigna		2					
120	Terapéutica en pancreas divisum	1						
121	Estudio de pancreatitis recurrente		2					
122	Terapéutica de estenosis pancreática	1						
123	Litiasis pancreáticas no impactadas y/o de < 5 mm		2					
124	Por síntomas							
125	Anemia con origen en ID / NO requerimientos transfusionales/ Respuesta a hierro oral-ev/ No signos alarma/ Hb>10			3				
126	Anemia con origen en ID / NO requerimientos transfusionales/Hb<10		2					
127	Anemia con origen en ID/ SI requerimientos transfusionales frecuentes/Mayor o igual 65 años/ Anticoagulado/Insuf renal-Cardiopatía/Repercusión hemodinámica	1						
128	Anemia con origen en ID/ SI requerimiento transfusional puntual/Mayor o igual 65 años/ Anticoagulado/Insuf renal-Cardiopatía/ No repercusión hemodinámica		2					
129	Anemia con origen en ID/ SI requerimientos transfusionales frecuentes/Menor 65 años/No patología asociada	1						
130	Anemia con origen en ID/ SI requerimiento transfusional puntual/Menor 65 años/No factores riesgo			3				
131	Paciente con EI: Estudio de extensión			3				
132	Paciente con EI: sintomático y no respuesta a tratamiento médico habitual		2					
133	Sospecha de EI y síntomas leves			3				
134	Sospecha de EI y síntomas moderado-graves		2					
135	Seguimiento Sd Lynch			3	4			
136	Seguimiento Sd. Peutz-Jeghers			3	4			
137	Por síntomas							
138	Lesión MG en ID en prueba de imagen Rx y/O CE (confirmación histológica o tatuaje)	1						
139	Lesión no MG diagnosticada por CE. Confirmación histológica		2					
140	Lesiones vasculares en CE/ NO requerimientos transfusionales/ Respuesta a hierro oral-ev			3				
141	Lesiones vasculares en CE/ SI requerimiento transfusional/Mayor o igual 65 años/ Anticoagulado/Insuf renal-Cardiopatía/ No repercusión hemodinámica		2					
142	Lesiones vasculares en CE/ SI requerimiento transfusional/Mayor o igual 65 años/ Anticoagulado/Insuf renal-Cardiopatía/ SI repercusión hemodinámica	1						
143	Estenosis ID paciente con EI (enteroRM previa)/ síntomas leves		2					
144	Estenosis ID paciente con EI (enteroRM previa)/ síntomas moderados-graves	1						
145	Sesiones dilatación periódicas en paciente con EI (tras primera dilatación no efectiva)	1						
146	Anemia crónica con sospecha de origen en ID/ NO requerimiento transfusional/CE previa sin lesiones			3	4			
147	Por síntomas							
148	Por síntomas							
149	Ferropenia sin anemia con gastroscopia sin lesiones		2					
150	Anemia ferropénica en < 50 años sin FR de CCR*			3				
151	Anemia ferropénica en >= 50 años o con FR de CCR SIN colonoscopia previa (últimos 5 años)	1						
152	Anemia ferropénica en >= 50 años o con FR de CCR CON colonoscopia previa (últimos 5 años)			3				
153	Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >= 50 años estable hemodinámicamente sin FR de CCR			3				
154	Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >=50 años estable hemodinámicamente con FR de CCR, sin colonoscopia previa		2					
155	Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >=50 años estable hemodinámicamente con FR de CCR, con colonoscopia previa			3	4			
156	Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en < 50 años estable hemodinámicamente sin FR de CCR			3				
157	Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en > 50 años con EEI, anemia, SOH+ o FR de CCR		2					

CODI	CÓDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)	1	2	3	4	5	6	ASISTENCIA TELEMÁTICA RECOMENDADA
		ALTA	MEDIA	BAJA	DEMORABLE (rango 6 - 12 meses)	SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	SUSPENDER / REEVALUAR NECESIDAD	
158	Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en >= 50 años sin EEI, sin anemia, sin SOH+ ni FR de CCR			3				
159	Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en < 50 años sin EEI, sin anemia, sin SOH+ ni FR de CCR			3	4		6	
160	Diarrea crónica sin EII, malabsorción, origen infeccioso, anemia, sangrado, FR de CCR, ni VIH, sin colonoscopia previa con biopsias			3				
161	Cambio del ritmo intestinal de reciente comienzo en >= 50 años	1						
162	Cambio del ritmo intestinal de reciente comienzo en < 50 años		2					
163	Resto de indicaciones							
164	Cribado poblacional de CCR (>= 50 años, asintomático y con TSOH-i +)§		2					
165	Sospecha de CCR por prueba de imagen o exploración física	1						
166	Sospecha de CCR por criterios clínicos (Guía NICE 2015 actualizada en 2017**)		2					
167	Estudio tras episodio de diverticulitis aguda no complicada						6	7
168	Estudio tras episodio de diverticulitis aguda complicada o con diagnóstico incierto		2					
169	Alta sospecha clínica de EII	1						
170	Evaluación de extensión de EII (excluido cribado de displasia) sin colonoscopia previa	1						
171	Evaluación de actividad de EII (excluido cribado de displasia) sin colonoscopia previa reciente o deterioro clínico	1						
172	Evaluación de actividad de EII (excluido cribado de displasia) con colonoscopia previa reciente y buen control clínico			3	4			
173	Sospecha de recidiva en anastomosis postquirúrgica en paciente con EII	1						
174	Cribado de displasia en paciente con EII (riesgo alto***) sin colonoscopia previa o en vigilancia			3	4			
175	Cribado de displasia en paciente con EII (riesgo intermedio y bajo***) sin colonoscopia previa			3	4			
176	Cribado de displasia en paciente con EII (riesgo intermedio o bajo***) con colonoscopia previa					5		
177	Vigilancia de pólipos de colon: 1 o 2 lesiones con DBG y < 10 mm						6	7
178	Vigilancia de pólipos de colon: >= 1 lesión avanzada**** o >= 3 adenomas no avanzados				4	5		
179	Lesiones serradas sin displasia < 10 mm (incluye cualquier número de pólipos en recto-sigma < 10 mm)						6	7
180	Evaluación tras resección fragmentada de >= 1 lesión de >= 20 mm			3				
181	CCR pT1 a resección endoscópicamente sin FR de MTS linfática			3	4			
182	CCR intervenido quirúrgicamente (protocolo de vigilancia que comienza al año de la cirugía)			3	4			
183	Seguimiento de adenomas en > 80 años (o > 75 años con comorbilidad)						6	7
184	Cribado por antecedentes de CCR en 1 familiar de primer grado o >= 1 familiares de segundo o tercer grado						6	7
185	Cribado por antecedentes de CCR en >= 2 familiares de primer grado			3	4			
186	Sd hereditario de CCR, asintomático, sin colonoscopia previa			3				
187	Vigilancia en Sd Lynch			3	4			
188	Vigilancia en Sd CCR tipo X				4	5		
189	Vigilancia en Sd. polipósicos			3	4			
190	Vigilancia de Síndrome de Poliposis serrada con <5 pólipos, ningún adenoma avanzado o pólipo serrado avanzado en colono previa			3	4			
191	Resección compleja (RME o UEMR) de lesiones con baja probabilidad de neoplasia avanzada por diagnóstico óptico		2					
192	Resección compleja (RME, UEMR, RTME o DSE) de lesiones con alta probabilidad de neoplasia avanzada por diagnóstico óptico*****	1						
193	Terapéutica de estenosis de colon (cualquier etiología) sin obstrucción	1						
194	Colocación de endoprótesis con intención paliativa	1						
195	Manometría anal / púrpura / biofeedback							

Manometría anal / biofeedback

Cirugía

^Se valorará, en función de la disponibilidad local o posible inconveniencia para los pacientes, la realización previa de TSOH-i para reasignar el nivel de prioridad.

§ Se recomienda ajustar prioridad en función de edad, sexo y resultado cuantitativo del TSOH-i

*Antecedentes personales de CCR, adenomas o EII

O Antecedentes familiares de primer grado con CCR o adenomas avanzados o Sd. hereditario de CCR

**<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/1-Recommendations-organised-by-site-of-cancer#lower-gastrointestinal-tract-cancers>

CODI CÓDIGO DE PRIORIDAD (ver leyenda a la derecha)	1	2	3	4	5	6	ASISTENCIA TELEMÁTICA RECOMENDADA
	ALTA	MEDIA	BAJA	DEMORABLE (rango 6 - 12 meses)	SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	SUSPENDER / REEVALUAR NECESIDAD	

***Riesgos de CCR en pacientes con EII (CU, EC de colon y colitis indeterminada a los 8 años del inicio de los síntomas o al cumplir 50 o más años de edad, con independencia de la duración de la EII.)

Alto riesgo: colitis extensa con actividad grave o estenosis o displasia en últimos 5 años o anteced. fam. de CCR < 50 años o CEP asociada. Riesgo medio: colitis extensa con actividad leve o moderada, pseudopólipos o anteced. fam. de CCR con >= 50 años. Riesgo bajo: el resto. y a aquellos con CEP concomitante

****Lesión avanzada: Adenoma >= 10 mm, componente vellosos o DAG. Lesión serrada >= 10 mm o con displasia.

*****Alta probabilidad de neoplasia avanzada por diagnóstico óptico: patrón Vi de Kudo o NICE 2B o Sano IIIA o non-lifting o componente deprimido (0-IIc)