

Anexo III. Cuestionario de evaluación de la salud

**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE NECESIDAD DE ESTUDIO PREANESTÉSICO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UNA EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO CON SEDACIÓN PROFUNDA**

ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

Nombre: .....

FN: ...../...../.....

Nº Hª C: .....

Programa poblacional de cribado de CCR

**Observaciones:**

**A rellenar con el paciente**

**1. Síntomas que pueden indicar insuficiencia respiratoria o cardíaca**

1.1 ¿Tiene sensación de ahogo o falta de aire en reposo, al vestirse o asearse? Sí  No

1.2 ¿Necesita 2 o más almohadas para dormir porque de lo contrario se ahoga? Sí  No

1.3 ¿Precisa de aporte de oxígeno o de equipos para ayudarle a respirar? Sí  No

**2. ¿Ha requerido ingreso hospitalario en los últimos 6 meses por problemas de corazón, pulmón, trombosis cerebral, descompensación de diabetes o alguna otra descompensación?** Sí  No

**3. ¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?. Indíquelo** Sí  No

AAS (ácido acetilsalicílico) a dosis igual o superior a 125 mg

Acenocumarol (Sintrom), Warfarina, Dabigatrán, Rivaroxabán, Apixabán, Edoxabán

Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Ticlopidina (Iscover, Plavix, Efiend, Brilique, Tiklid)

3 o más fármacos para control de la tensión arterial

**4. ¿Obesidad moderada o mórbida? Índice Masa Corporal  $\geq 35$**  Sí  No

**5. ¿Enfermedad hematológica que requiera transfusión previa de plaquetas, plasma o factores de la coagulación? (Von Willebrand...)** Sí  No

**6. ¿Tiene alergia al huevo, soja o sulfitos? (contraindica uso del Propofol)** Sí  No

**7. ¿Exploración que por su complejidad pueda precisar intubación orotraqueal? (CPRE, Enteroscopia de balón ....)** Sí  No

**A rellenar por el Facultativo o Enfermera (con supervisión facultativa)**

¿Necesita el paciente estudio preanestésico en consulta de preanestesia? Sí  No

**La respuesta será afirmativa si se ha marcado SÍ en alguno de los 7 apartados anteriores.**

Se realizará estudio preanestésico en consulta de preanestesia a los pacientes en los que se prevea un riesgo anestésico elevado, alteración hematológica que requiera transfusión, contraindicación del uso del Propofol o para las exploraciones complejas que puedan precisar intubación orotraqueal

Firma del Facultativo / Enfermera

Validez del cuestionario: 6 meses

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UNA  
EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO CON SEDACIÓN PROFUNDA**  
Para rellenar durante la consulta con el paciente.

ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

Nombre: .....

FN: ...../...../.....

Nº Hª C: .....

**Observaciones:**

- ¿Padece o ha padecido del corazón? Sí  No
- ¿Ha tenido alguna vez angina de pecho o infarto de miocardio? Sí  No
- ¿Ha tenido arritmias que hay que tratar con medicamentos o lleva marcapasos? Sí  No
- ¿Es hipertenso? Sí  No
- ¿Padece de asma, EPOC, bronquitis, enfisema, u otra enfermedad respiratoria? Sí  No
- ¿Padece de alguna enfermedad de la sangre: leucemia, linfoma, coagulopatía? Sí  No
- ¿Padece del hígado? Sí  No
- ¿Tiene diabetes? Sí  No
- ¿Tiene problemas de tiroides? Sí  No
- ¿Padece de riñón? Sí  No
- ¿Ha tenido alguna trombosis o hemorragia cerebral? Sí  No
- ¿Padece de epilepsia, convulsiones o pérdida de conciencia? Sí  No
- ¿Usted o algún familiar ha tenido problemas en anestésicos anteriores? Sí  No
- ¿Es alérgico a medicamentos? indíquelo en el apartado de alergias Sí  No
- ¿Es alérgico a alimentos como huevo, soja o sulfitos? Sí  No
- ¿Es alérgico al látex? Sí  No
- ¿Fumador? Sí  No
- ¿Etilismo? Sí  No
- ¿Padece de alguna enfermedad que no hayamos citado antes? Sí  No 
  - Especificar: \_\_\_\_\_
- Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Índice masa corporal (IMC) =  $\text{Peso} / \text{estatura}^2$  \_\_\_\_\_

Medicación habitual (opcional adjuntar hoja de medicación):

Alergias (especificar):

Firma del paciente o representante legal

Validez del cuestionario: 6 meses

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

DOCUMENTO 2

## RECOMENDACIONES ANTES DE LA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA

### A) Toma de antiagregantes

Fármaco	Comentarios:	Sustituir por:	Día de la prueba
AAS 100 mg (Adiro, Tromalyt, AAS, etc.)	Puede continuar tomándolo		No tomar
AAS $\geq$ 125 mg (Adiro, Tromalyt, AAS, etc.)	Suspender 5 días antes de la prueba	AAS 100 mg	No tomar
Clopidogrel o Ticagrelor	Suspender 5 días antes de la prueba	AAS 100 mg	No tomar
Prasugrel	Suspender 7 días antes de la prueba	AAS 100 mg	No tomar
Trifusal	Suspender 7 días antes de la prueba	AAS 100 mg	No tomar
Dipiridamol	Suspender 1 días antes de la prueba		No tomar
Cilostazol	Suspender 5 días antes de la prueba		No tomar

### B) Toma de anticoagulantes

#### Debe de consultar con su médico de familia.

- Sí existe un alto riesgo tromboembólico se sustituirá por heparina de bajo peso molecular, el mismo día de la suspensión.

- Como norma general, suelen **SUSPENDERSE 3 días antes del día de la cita.**

Días hasta la colonoscopia		7 días antes	6 días antes	5 días antes	4 días antes	3 días antes	2 días antes	día anterior prueba	Colonoscopia
Dabigatran	Riesgo hemorrágico bajo				Última dosis (Clcr < 50)	Última dosis (Clcr 50-79)	Última dosis (Clcr > 80)		Colonoscopia
	Riesgo hemorrágico medio-alto			Última dosis (Clcr < 50)	Última dosis (Clcr 50-79)	Última dosis (Clcr > 80)			Colonoscopia
Rivaroxaban Apixaban Edoxaban	Riesgo hemorrágico bajo					Última dosis (Clcr 15-30)	Última dosis (Clcr > 30)		Colonoscopia
	Riesgo hemorrágico medio-alto				Última dosis (Clcr 15-30)	Última dosis (Clcr > 30)			Colonoscopia
Acenocumarol. Warfarina	7 días antes INR < 2			Última dosis warfarina		Última dosis Acenocumarol		Control INR preoperatorio	Colonoscopia
	7 días antes INR 2-3		Última dosis warfarina		Última dosis Acenocumarol			Control INR preoperatorio	Colonoscopia
	7 días antes INR > 3	Última dosis warfarina		Última dosis Acenocumarol				Control INR preoperatorio	Colonoscopia

En el caso de la toma de antivitamina K (Sintrom, Warfarina), y si el paciente presenta alto riesgo tromboembólico, utilizará una heparina de bajo peso molecular durante el periodo de suspensión del anticoagulante (a dosis terapéuticas ajustada según peso). **La última dosis de heparina será 24 horas antes de la hora de la cita.**

En el caso de tomar anticoagulantes de acción directa (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban o Edoxaban) **NO SERÁ NECESARIO UTILIZAR HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR durante la suspensión** (salvo indicación expresa de su médico).

## **SOLICITUD EXPLORACIÓN APARATO DIGESTIVO BAJO SEDACIÓN PROFUNDA**

### **LISTA DE COMPROBACIÓN DE DOCUMENTACIÓN**

- Solicitud exploración.
  - Especifica sedación profunda
  
- Consentimiento informado exploración.
  - Firmado por facultativo especialista.
  - Firmado por el paciente
  
- Protocolo preparación exploración.
  
- Cuestionario de valoración de necesidad de estudio preanestésico previo a la realización de una exploración de aparato digestivo con sedación profunda.
  - Firmado por facultativo especialista / Enfermera

Si no necesidad de estudio preanestésico se adjuntará, además:

- Cuestionario previo a la realización de una exploración de aparato digestivo con sedación profunda.
  - Firmado por el paciente
  
- Consentimiento informado sedación anestésica.
  - Firmado por facultativo especialista.
  - Firmado por el paciente

### **ENTREGAR DOCUMENTACIÓN, PARA SU REVISIÓN EN:**

Enviar por correo eléctrico a la dirección  
[digestivocribado.hrs.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:digestivocribado.hrs.sspa@juntadeandalucia.es)