



Debate realizado en el Chat WhatsApp de Investigadores de INNOVA Digestivo

Iniciado por Inmaculada Fernández Vázquez el 24/05/2025 a las 16:01

Copia literal realizada el 27/05/2025 a las 11:00.

[24/05/2025 16:01] Inmaculada Fernández Vázquez: Buenas tardes.

Me vais a permitir que os moleste un poco 🙏

Me gustaría conocer:

- Quienes criban en su servicio las endoscopias
- Si todas o solo colono pej...
- Si a AP o a AE también
- Cómo se organizan los RRHH médicos que lo hacen (¿1 médico/1 mañana? ¿Se reparten?)
- Como comunican al médico peticionario si la endoscopia se anula o retrasa según protocolo?

[24/05/2025 16:01] Inmaculada Fernández Vázquez: Si alguien lo tiene por escrito y me lo puede enviar

ifvazquez@salud.madrid.org

genial, por no molestar al resto.

[24/05/2025 16:02] Inmaculada Fernández Vázquez: ¿En algún centro hacéis "confirmación" de cita?

[24/05/2025 16:03] Inmaculada Fernández Vázquez: ¿En alguno overbooking?

[24/05/2025 16:07] Inmaculada Fernández Vázquez: (como mínimo una 🗨️ a quien conteste) 😊

[24/05/2025 16:08] Daniel Martín Rodríguez: Inma, nosotros. Te contesto por correo si lo prefieres

[24/05/2025 16:11] Daniel Ceballos: Yo cribo TODO lo que llega, con independencia de su origen. Lo hace 1 médico a jornada completa (llega una media de 60 peticiones diarias, con picos de 110). Se comunica el rechazo mediante el propio aplicativo de historia clínica electrónica.

[24/05/2025 16:11] Daniel Ceballos: Te lo mando.

[24/05/2025 16:11] Daniel Ceballos: También lo hacemos, mediante SMS.

[24/05/2025 16:13] Daniel Ceballos: No. Tenemos ocupaciones de consulta cercanas al 99%, con inasistencias muy bajas.

Y ocupaciones de endoscopia del 90-95% con inasistencias del 5%. No merece la pena overbooking.

[24/05/2025 16:13] Inmaculada Fernández Vázquez: Perfecto Dani. Mil gracias.

Si tengo alguna duda igual te llamo la próxima semana ...por la confianza 😊 (es lo que tiene haber sido resi mío)

[24/05/2025 16:15] Inmaculada Fernández Vázquez: ¡¡¡Gracias Daniel!!!

[24/05/2025 16:19] Daniel Martín Rodríguez: ¡Sin problema! Cuando quieras

[24/05/2025 16:39] Juan Egea Valenzuela: Nosotros también lo hacemos. Te escribo al mail y te explico cómo.

[24/05/2025 16:40] Daniel Martín Rodríguez: Enviado

[24/05/2025 19:26] Rafael Gomez: Nosotros confirmamos por teléfono

[24/05/2025 19:35] Francisco Jorquera: Nosotros cribamos las colonos y hacemos confirmación de cita

[24/05/2025 20:36] Luis Fernández Salazar: Hola Inmaculada. Nosotros también cribamos. Te escribo.

[24/05/2025 21:00] Noemi Manceñido Marcos: Nosotros también, Inma. Te contesto por email

[24/05/2025 22:09] Inmaculada Fernández Vázquez: ¡Gracias amigos!

[25/05/2025 20:02] Pilar Robledo Andrés: Nosotros valoramos todas las peticiones de endoscopias de cualquier origen (las valoro yo). Las rechazadas se contestan en la misma solicitud y se envían al médico peticionario por correo interno o por Fax.

Solo hacemos confirmación de cita en las colonoscopias de cribado (telefónica) y en todas las que el paciente ha dado su SMS se hace por esta vía

[25/05/2025 20:10] Inmaculada Fernández Vázquez: ¡Gracias Pilar!

[26/05/2025 8:05] Mariló Martín Arranz: Inma: en el Gregorio hicieron este proyecto.

Adecuación en las solicitudes de colonoscopia por seguimiento postpolipectomía

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Se realizó un corte de adecuación de las indicaciones de colonoscopia en un centro terciario según criterios EPAGE (*European Panel of Appropriateness Gastrointestinal Endoscopy* / Panel Europeo de Pertinencia de Endoscopia Digestiva) y se revisó la adecuación en la solicitud de más de 400 peticiones de colonoscopia.

 Haga clic aquí con el botón [compartir en WhatsApp](#)

Se detectó como principal motivo de solicitud inadecuada las colonoscopias de seguimiento postpolipectomía. Se objetivó una marcada sobrerrevisión de estos pacientes con realización de colonoscopias innecesarias.

Dado que los intervalos de seguimiento tras la resección de pólipos sólo tienen en cuenta tres factores (tamaño, número e histología de las lesiones reseçadas), se ha creado un sistema automatizado de citación de las colonoscopias de seguimiento, en los pacientes con lesiones polipoideas de bajo riesgo, dentro de la historia clínica del hospital. Esto permite adecuar los seguimientos a lo recomendado por la literatura evitando prácticas innecesarias.

[26/05/2025 8:06] Mariló Martín Arranz: Yo también ando detrás de esto: ¿os importa a los que le habéis mandado información a Inma que me la reenvíe?

[26/05/2025 8:15] Daniel Martín Rodríguez: Sin problema

[26/05/2025 8:23] Luis Fernández Salazar: Por supuesto

[26/05/2025 10:17] Javier Crespo: Perdonadme por entrar a comentar un aspecto que ya no me compete: el filtrado de colonoscopias.

De entrada, siempre me ha parecido bastante discutible que un médico que no conoce a un paciente rechace una petición. Se parte del hecho que existen unas indicaciones más “rentables” que otras y que el médico que remite al paciente debe tener conocimiento de este hecho. En cierta forma, el rechazo de una colonoscopia (no diferirla, que es totalmente diferente) viene a decir que el médico que la solicita no ha tomado una decisión correcta (por falta de formación / información). Pero, lógicamente, se puede ver

desde el punto de vista contrario: ese mismo médico (no bien formado / informado) ha elaborado una petición inadecuada y el resultado es el rechazo de la petición. En fin, no solo filosofía.

Pero, en un lenguaje más técnico, y aunque, probablemente, los programas de filtro de colonoscopia son eficaces para mejorar la eficiencia diagnóstica, su impacto a medio plazo sobre la trayectoria asistencial del paciente ha sido escasamente evaluado. Existen indicios de que:

- Una proporción no menor de pacientes vuelve a ser derivada
- Otra parte opta por la sanidad privada, generando inequidad.
- Algunos casos se reformulan con nuevas indicaciones, lo que puede comprometer la transparencia.
- Un grupo indeterminado abandona el circuito asistencial, con riesgo potencial de retraso diagnóstico.

Esto pone de relieve la necesidad de que todo programa de filtro cuente con sistemas de trazabilidad y reevaluación, así como informes claros, retroalimentación clínica efectiva y alternativas diagnósticas sugeridas, para evitar efectos indeseados en la calidad asistencial o la equidad del sistema. ¿Tenéis experiencia en estos aspectos?

[26/05/2025 10:29] Antonio Pérez Millán: Desde mi punto de vista, después de muchos años de filtrado de colonoscopias, es q es imprescindible este programa porque hay al menos un 10% de colonoscopias mal indicadas y son muchas colonoscopias. Hay q explicarlo al médico peticionario y tener protocolos claros. Si no se hace no aprenden y se siguen pidiendo pruebas no indicadas

[26/05/2025 10:31] Mercedes Vergara Gómez: De total acuerdo con el comentario

[26/05/2025 10:32] Silvia Morales González: Yo te contesto ahora por correo

[26/05/2025 10:34] Daniel Ceballos: Lamento discrepar contigo respecto a la filosofía del rechazo.

Gestionamos recursos públicos y su malgasto es una forma de malversación: si una exploración está mal indicada, está mal indicada. Le podemos dar todas las vueltas que queramos a la forma de transmisión de información y a la gestión anímica del rechazo en el solicitante, pero eso no significa, a mi juicio, que tengamos que aceptar lo no indicado.

Respecto a la segunda parte:

-En nuestro caso, es esporádica la insistencia en indicaciones inadecuadas, y más basada en la contumacia que en la inexperiencia.

-Respecto a optar por la privada: es tan legítimo por parte del usuario como difícil de justificar por el médico que la realiza, más allá de un ánimo de lucro injustificable.

-Cierto que en segundas peticiones se añaden nuevos datos clínicos (falsos o no) que pueden cambiar la decisión. Respecto a la veracidad de los mismos, de momento no he asumido funciones policiales.

-Respecto a que un grupo abandone el circuito asistencial, no sé si lo planteas por tener datos propios, pero a mí no me consta que esa salida sea numerosa.

Nosotros explicamos indicaciones, contraindicaciones y hacemos sugerencias de manejo asociadas a los rechazos. Y nunca se "vive bien" el rechazo, por más explicaciones que demos, generando un malestar de fondo en el circuito de peticiones. Lo tengo asumido, me va en el sueldo.

[26/05/2025 10:35] Silvia Morales González: Buenos días. Para mí es fundamental el cribado. A veces varios especialistas piden la misma prueba y a veces la reiteran en un plazo muy corto q no está indicado. Además, también cribamos la prioridad porque hay médicos q piden todo urgente y otros q piden todo normal

[26/05/2025 10:46] Javier Crespo: Me alegro de la rapidez en las contestaciones. Un puntito más al análisis (yo siempre son un poco crítico): ¿El número de endoscopias efectuadas por 10.000 habitantes tiene que ver o no con la cantidad de endoscopias rechazadas? Porque en este aspecto, estoy seguro, las diferencias entre comunidades (y me atrevería a decir, entre hospitales) es muy importante. Bueno, en realidad, solo quería fomentar u poco el debate.

[26/05/2025 10:51] Daniel Ceballos: Muy cierto ese asunto de la intensidad de demanda por población. Para ello, introducir datos en EFIC_AD es un elemento idóneo en este benchmarking.

De momento solo 14 centros han introducido los datos correspondientes a 2024, aunque los datos disponibles no establecen la demanda, sino la oferta realizada. Solo nos faltaría saber el % de rechazo, y entonces tendríamos la demanda bruta en origen.

En mi caso, para el 2024, la demanda bruta fue de 476 peticiones (gastros, colonos, CPRE, USE) por 10.000 habitantes.

[26/05/2025 10:53] Daniel Martín Rodríguez: Nosotros el cribado lo hacemos fundamentalmente para filtrar la prioridad, especialmente por pruebas pedidas "normal" que son PO y no están marcadas como tal, y también para detectar riesgo anestésico que a veces se lo saltan. Por otro lado, las únicas endoscopias que rechazamos (o diferimos) hacen referencia al seguimiento de pólipos, nunca rechazamos endoscopias pedidas por criterios clínicos ya que no hemos valorado al paciente, y siempre se avisa al paciente, al médico peticionario y a continuidad asistencial

[26/05/2025 10:56] Daniel Ceballos: 20,10% en mi caso (agregados todos los procedimientos), con notables diferencias en función del punto de origen asistencial de la petición.

[26/05/2025 11:22] Eduardo Redondo Cerezo: Totalmente de acuerdo con Daniel. Pero también la rectorragia hemorroidal con colono hace 6 meses, o el segundo episodio de diverticulitis, o el seguimiento de pólipos a los 90 años... cuando empiezas a ver hay un porcentaje significativo, que puede explicar mucho de la lista de espera.

[26/05/2025 11:24] Daniel Martín Rodríguez: Si, efectivamente esos casos también son complejos, pero una rectorragia que parece hemorroidal por la descripción clínica de la petición puede acabar siendo un debut de una proctitis ulcerosa, por ejemplo, por eso me parece difícil rechazar todo lo que no sea el seguimiento de lesiones, pero eso es otro debate

[26/05/2025 11:25] Eduardo Redondo Cerezo: ¿Con colono hace 6 meses? Raro, raro, raro
[https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(25\)00419-7/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(25)00419-7/abstract?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Está claro que la clave es quien hace la colono, o más bien como la hace.

[26/05/2025 11:28] Javier Crespo: perdón, solo me refiero a la colono diagnóstica. Es difícil discutir sobre la abundantísima evidencia del seguimiento después de una colonoscopia índice.

[26/05/2025 11:41] Javier Crespo: Por lo tanto, repito las preguntas, pero sólo sobre colonoscopias diagnósticas.

[26/05/2025 11:43] Daniel Martín Rodríguez: En ese caso en las diagnósticas la verificación nos sirve para priorizar y valorar el riesgo anestésico. En casos dudosos sobre la rentabilidad diagnóstica de la exploración o el balance riesgo/beneficio citamos al paciente en consulta para valoración previa a la realización de la prueba (pacientes ancianos, mucha comorbilidad, etc)

[26/05/2025 11:44] Javier Crespo: Bueno, se aproxima mucho a no rechazar peticiones sin ver al paciente.

[26/05/2025 11:51] Daniel Ceballos: Para los casos dudosos, es razonable que alguien confirme la indicación y evalúe la futilidad de una maniobra invasiva.

Para los casos no dudosos, también debería ser razonable decir que no.

[26/05/2025 12:12] Daniel Martín Rodríguez: estoy de acuerdo, es un asunto complejo. Algo sobre lo que trabajar para unificar criterios

[26/05/2025 12:25] Juan Egea Valenzuela: Será lo mejor. Parece que todos tenemos mucho que decir y puede ser un debate muy enriquecedor.

[26/05/2025 12:36] Yago González Lama: Por lo que se ve, podría ser buena idea que se trabajara un documento de posicionamiento sobre este tema que sirviera de guía a aquellos servicios que no tengan implementadas herramientas en este sentido, y de argumento de fuerza ante direcciones y gerencias. Además de la literatura, las experiencias de éxito de unos pueden ser útiles para otros.

[26/05/2025 12:41] Conrado Fernandez Rodriguez: Cualquier documento deberá ser consensuado con las sociedades de medicina primaria, si no estará condenado al fracaso.

[26/05/2025 12:42] Yago González Lama: Muy cierto.

[26/05/2025 13:06] Juan Egea Valenzuela: Lo que hacemos es más que revisar las peticiones y rechazar unas cuantas. Se trata de rechazar lo claramente no indicado, claro, pero también de repartir las exploraciones en agendas específicas, identificar lo preferente, tratar de evitar errores de citación en pacientes con antitrombóticos, etc. Es a fin de cuentas un trabajo más o menos complejo dirigido a aumentar la eficiencia de nuestras unidades.

[26/05/2025 13:13] Daniel Ceballos: No estoy tan seguro de que tengamos que consensuar con Primaria (asumiendo que es el foco de mayor % de rechazo, que lo es en mi caso) el procedimiento. Si como dice Juan Egea, el procedimiento de verificación de indicación sirve no solo para rechazar lo claramente no indicado... ¿en este caso qué es lo que hay que consensuar?

Y si también sirve para priorizar, citar en agendas específicas, comprobar medicación de necesario ajuste, etc.... ¿qué es lo que hay que consensuar?

Me parece que tenemos que prestigiar nuestra labor, y eso pasa por hacer bien y hacer rápido lo que hay que hacer, y no hacer lo que no hay que hacer.

[26/05/2025 13:27] Conrado Fernandez Rodriguez: Nosotros tenemos experiencia en cribar y rechazar al principio, fue un fracaso y nos lo prohibieron. Cuando hemos trabajado con ellos, codo con codo, consensuando documentos de las patologías más frecuentes el resultado ha sido: 1. Mejoría de su capacidad diagnóstica con el acceso abierto a la endoscopia 2. Disminución muy importante de la lista de espera en consultas externas sin aumento de la lista de espera en endoscopias. Cualquier documento unilateral, insisto, está condenado al fracaso y tenemos experiencia.

[26/05/2025 13:30] Daniel Ceballos: Nosotros tenemos protocolos elaborados de forma conjunta, consensuados, comunicados y publicitados... y que tampoco se cumplen.

[26/05/2025 13:30] Daniel Ceballos: No se trata de elaborar documentos unilateralmente.

[26/05/2025 13:31] Daniel Ceballos: Las indicaciones están en las guías clínicas. No hay que pactar nada más.

[26/05/2025 13:40] Conrado Fernández Rodríguez: Yo creo que sí y tenemos experiencia.

[26/05/2025 13:41] Conrado Fernández Rodríguez: Tienen cultura negociadora, y cualquier acuerdo unilateral es intrínsecamente inestable.

[26/05/2025 13:50] Daniel Ceballos: Conrado: insistes en que hay que acordar, y yo hago una enmienda a la mayor.

Hay ausencias de indicación que no hay que acordar. Incluso una de las recomendaciones "no hacer" de Digestivo hace alusión a la ausencia de indicación de colonoscopia de control tras ciertos resultados endoscópicos. Hay muchísimos temas de debate y de acuerdo, que necesariamente tienen que ser bidireccionales, por supuesto. Pero hay otros asuntos en los que no hay indicación de exploración. Y si no hay indicación, puedes pactar si se lo comunicas por paloma mensajera o por medios electrónicos, pero nada más.

[26/05/2025 13:57] Conrado Fernández Rodríguez: Daniel, llevamos 25 años de experiencia con relación directa con primaria, en todos los cursos de gestión donde se imparte cultura negociadora, te dicen que el ABC es que el acuerdo ha de ser bilateral y con beneficio para todas las partes. Si se trata de imponer un documento, las guías clínicas de la ESGE las tenemos todos, y no se trata de censurar sin trabajar cooperativamente, porque eso está destinado al fracaso y lo sabemos por experiencia propia. Nuestro hospital fue de los primeros de España en disponer de historia clínica

electrónica y sistemas de comunicación modernos con atención primaria. Los acuerdos han de ser en cada área y en cada comunidad autónoma, porque las circunstancias, incluyendo la cartera de servicios, también varía.

[26/05/2025 13:58] Daniel Ceballos: Creo que han quedado claras las opiniones.

[26/05/2025 13:59] Conrado Fernández Rodríguez: Pues sí.

[26/05/2025 14:06] Daniel Ceballos: Un ejemplo de ahora mismo

MOTIVO DE INTERCONSULTA: Paciente femenino de 61 años de edad con AP de diverticulosis y polipos colónicos con última colonoscopia en noviembre 2023, derivado para control correspondiente en 2026. Ruego realizar estudio gracias.
JUICIO DIAGNÓSTICO: DISPEPSIA ALERGIAS:
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS NO CONOCIDAS

[26/05/2025 14:09] Guillermo Cacho Acosta: Os recuerdo que hay un grupo de investigación para trabajar las relaciones con Atención Primaria y protocolizaciones. Será una oportunidad para este tipo de asuntos

[26/05/2025 14:09] Conrado Fernandez Rodriguez: Nosotros excepcionalmente tenemos uno así, pero previamente hemos pactado con ellos los intervalos de seguimiento de los pólipos, según las últimas guías ESGE.

[26/05/2025 14:09] Conrado Fernández Rodríguez: Si el acuerdo es bilateral, te cargas de razón para poder decir que eso no era lo pactado

[26/05/2025 14:10] Javier Crespo: Bueno, está claro que todo no estaba claro....

[26/05/2025 14:10] Javier Crespo: Y de nuevo perdón por incitar este debate tan interesante

[26/05/2025 14:10] Daniel Ceballos: Yo, lamentablemente, tengo peticiones así todos los días. A pesar del protocolo consensuado y basado en evidencia y Guías. ¡Estoy cargado, cargadísimo, repleto! de razón, pero siguen pidiendo de esta forma.

[26/05/2025 14:10] Daniel Ceballos: ¡La que has liado! 🤔

[26/05/2025 14:10] Javier Crespo: Jeje

[26/05/2025 14:19] Mariló Martín Arranz: Creo además de este debate, hay que hacer propuestas de cara a la incorporación de ayuda con la tecnología, es difícil que los médicos de primaria u otros especialistas estén siempre actualizados en las guías (y las de pólipos tienen su complejidad: tamaño, histología, Boston...). La petición debería incorporar estos criterios.

[26/05/2025 14:21] Daniel Ceballos: Nosotros estamos probando IA no generativa que ahorra tiempo en la comprobación de esos datos: en las pruebas de la versión beta hemos pasado de 3 minutos humanos a 11 segundos de máquina.

[26/05/2025 14:22] Daniel Ceballos: Dicho esto: no ahorramos rechazos. Al contrario, se lanzan más peticiones porque "ya se comprobará posteriormente si toca o no toca hacer la prueba".

[26/05/2025 14:24] Mariló Martín Arranz: Sí, pero me refiero a que la petición contenga más información, que permita de verdad su valoración y que ayude al conocimiento de las indicaciones correctas por el peticionario. De todas formas, estoy de acuerdo que eso sólo evita cuando el de primaria lo pide "presionado" por el propio paciente, en el resto se van a inventar el motivo si quieren saltárselo. "Hace poco me vino una paciente con SOH negativa por el programa de cribado y petición de la de primaria porque tenía más de 50 años y ella no se fía de eso"

[26/05/2025 14:27] Daniel Ceballos: @Mariló Martín Arranz: Ya decía @Javier Crespo al principio de este debate súper vivo que las peticiones se reformulan (y a veces, se formulan de inicio) con nuevas indicaciones, lo que puede comprometer la transparencia. En muchas ocasiones, la petición dice aquello para lo que debemos confirmar la indicación.

[26/05/2025 14:40] Conrado Fernández Rodríguez: Nosotros recomendamos a los médicos de primaria en su momento que entraran en:

epage.ch

Ahora:

http://epage.ch/EPAGE_ADM/start2.html

Es la versión II, la escala es de 1 a 9, si la mediana del consenso es ≥ 7 es apropiada si es ≤ 3 es inapropiada y zona gris en caso de que se encuentre >3 y <7

[26/05/2025 14:41] Conrado Fernández Rodríguez: Es una buena herramienta que está elaborada mediante consenso por 16 expertos

[26/05/2025 14:42] Daniel Ceballos: Nosotros la usamos mucho como referencia de manejo de situaciones, además es muy intuitiva en su funcionamiento.

[26/05/2025 14:44] Daniel Ceballos: A propósito de EPAGE...

SUMMARY OF PATIENT CHARACTERISTICS:

- Chapter 11 : Miscellaneous indications
- Clinical situation? : Routine colonoscopy after an acute episode of diverticulitis

According to the EPAGE II criteria, the indication is:

INAPPROPRIATE

Panel vote distribution for **appropriateness**:

Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frequency	6	4	1	0	1	1	0	0	1

The median is **2**

How appropriateness is determined from the panel vote

Copyright (c) 2008, IUMSP / CHUV, Lausanne, Switzerland 11:9

¿Opiniones de esta situación clínica (que está en el apartado Miscelánea): " Routine colonoscopy after an acute episode of diverticulitis "?

[26/05/2025 15:06] Inmaculada Fernández Vázquez: También sería interesante añadir recomendaciones en el informe del seguimiento endoscópico, si hay que hacerlo o no, y el intervalo.

Seguro que algun@ lo hacéis.

[26/05/2025 15:07] Inmaculada Fernández Vázquez: Por cierto, no pensé que mi petición iba a generar tanto debate 😊

[26/05/2025 15:08] Mariló Martín Arranz: El problema ahí es que no tienes la histología... que yo lo he implementado en otras pruebas

[26/05/2025 15:08] Daniel Ceballos: Justo iba a decir eso.

[26/05/2025 15:09] Daniel Martín Rodríguez: Nosotros lo hacemos. Y en línea con la coordinación con primaria, nosotros tenemos todo esto consensuado con ellos.

De hecho, aproximadamente cada 2-3 años hemos ido a dar sesiones informativas a los centros de salud. Y aun así no conseguimos que baje el porcentaje de Endoscopias mal indicadas, a lo que además no ayuda el recambio en los médicos de atención primaria

[26/05/2025 15:10] Conrado Fernández Rodríguez: El recambio continuo es el principal problema que hemos identificado ahora

[26/05/2025 15:11] Inmaculada Fernández Vázquez: Exacto.

[26/05/2025 15:11] Daniel Martín Rodríguez: En las recomendaciones se puede especificar cómo actuar según la histología. En todo caso, revisamos todas las histologías y cuando encontramos algún paciente con histología desfavorable, emitimos un informe o lo citamos en consulta en función de lo que corresponda

[26/05/2025 15:12] Daniel Ceballos: Perdonad mi escepticismo, pero pudiera haber alguna razón más. Es difícil aplicar la última evidencia de todas las áreas de conocimiento de todas especialidades en jornadas de 50 pacientes. Cualquiera, y yo el primero, acabaría despejando el balón a córner.

[26/05/2025 15:33] Javier Crespo: Creo que es una oportunidad magnífica para hacer un consenso interno (para no complicarnos en exceso), desarrollar un chatbot con el documento generado (que presentara el mínimo número de aristas si fuera posible) y posteriormente presentarlo en cada una de las áreas de salud que drenen enfermos a cada uno de los hospitales participantes, para discutirlo como un documento "propio". Seguro que es fácil, viable y, además, permitiría sistematizar la asistencia y comprobar resultados.

[26/05/2025 17:37] Maria Angels Escorsell Mañosa: Nosotros tenemos una aplicación llamada Captyva cat (de la sociedad catalana de digestivo) que te calcula cuando hacer cribado y cuando vigilancia de pólipos. La tienen las cabeceras también. La versión original es argentina. Igual se puede buscar en redes.

[26/05/2025 17:46] R. Javier Martín-Vivaldi J.: Lo mismo la podemos crear con ChatGPT. Sería muy útil. A nosotros nos falta vida para controlar las derivaciones así q solo pueden derivar a consulta y al final es una trampa... se nos retrasan las citas de consulta.

[26/05/2025 17:48] Maria Angels Escorsell Mañosa: Los promotores de nuestra app fueron Xavi Bessa y Maria Pellisé. Ellos tendrán el contacto de los argentinos que desarrollaron la app.

[26/05/2025 17:51] Fernando Carballo: Cuando hicimos el libro blanco de cribado creamos un chatbot de cribado. La tenéis en: <https://www.sepd.es/cribado-cancer-colon-chatbot>.

[26/05/2025 17:53] Fernando Carballo: En <https://medicineai.es/> Javier Crespo y yo hemos trabajado este tema y tenemos más de una versión de chatbot para vigilancia postpolipectomía.

[26/05/2025 17:54] Fernando Carballo: Además tengo la bibliografía de los argentinos. Si os interesa avanzar en este tema y ver si podemos trabajar en adaptar alguno estos chatbot puedo prepararos un a entrada en el blog. ¿Os interesa?

[26/05/2025 18:06] Fernando Carballo: Los que tengáis interés de ver el chat que yo cree hace un tiempo (tendría que actualizarlo) lo podéis consultar (si tenéis suscripción a ChatGPT) en: <https://chatgpt.com/g/g-KZrt4B3iq-recomendaciones-rpcc-vigilancia-endoscopica>. Por eso os digo que es factible trabajar con cierto grado de autonomía en este tema. Si os interesan este tipo de herramientas caseras pero eficaces podemos trabajar en ello en el entorno de INNOVA y de la SEPD con colaboración si se desea de MedicineAI.

[26/05/2025 18:07] Fernando Carballo: <https://www.medicineai.es/>

[26/05/2025 18:07] Conrado Fernández Rodríguez: Gracias Ángels. La app argentina me ha parecido muy útil. Se llama Captyva (calculadora de pesquisa y valoración del cáncer colorrectal)

[26/05/2025 18:09] Conrado Fernández Rodríguez: “Pesquisa y vigilancia”, perdón.

[26/05/2025 18:10] Conrado Fernández Rodríguez: La he probado y es muy útil, he visto también la Captyva Cat.

[26/05/2025 18:15] Fernando Carballo: Bueno; yo mantengo mi oferta, si interesa. Efectivamente la app argentina es descargable desde Google Play y desde Apple Store

[[26/05/2025 18:32] Pilar Nos: Yo lo tengo creado. Lo puedo pasar. Le pusimos las guías de todas las sociedades científicas y después corta pega desde la HC y Anat Pat

[26/05/2025 18:33] R. Javier Martín-Vivaldi J.: pues pasadlo si no os importa y asi tenemos varios de ellos a ver cuál podemos ir compartiendo con primaria

[26/05/2025 18:36] Juan Egea Valenzuela: ¿Alguno tenéis experiencia en la integración de herramientas como estos chatbots que mencionáis en los sistemas de información corporativos?

[26/05/2025 18:37] Fernando Carballo: Si, por eso os comentaba lo de abrir otra entrada en el blog

[26/05/2025 18:37] Pilar Nos: Es horrible... yo lo hago con mi suscripción personal a chatGPT. Luego hay que revisarlo...

☰ Seguimiento de pólipos colón > 
Gastroenterología

Guías

1. Guía de la American Gastroenterological Association (AGA):

- Para pacientes con 1-2 adenomas tubulares pequeños (<10 mm) completamente removidos en una colonoscopia de alta calidad, se recomienda una colonoscopia de seguimiento en 7-10 años .

2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE):

- Similarmente, la ASGE recomienda que para pólipos adenomatosos pequeños (<10 mm), la colonoscopia de seguimiento se realice entre 5-10 años, dependiendo de otros factores de riesgo

 .

3. American College of Gastroenterology (ACG):

- Recomendaciones para pólipos pequeños sugieren un intervalo de 5-10 años, ajustándose según los antecedentes familiares ↓ res y la calidad de la
-

[26/05/2025 18:39] Fernando Carballo: Si te refieres a los de los hospitales que quieres que te diga, horrible como dice Pilar, pero en webs institucionales tipo sociedades se hace bastante fácil.

[26/05/2025 18:39] Pilar Nos: Obviamente, lo ideal sería que pudiéramos hacerlo directamente en la HC. Pero lo veo complejo... no podemos ver ni lo del Hospital de enfrente. ¡¡¡Si la SEPD consigue que esto aterrice será un hito sin precedentes!!!

[26/05/2025 18:39] Conrado Fernandez Rodriguez: Fernando, ¿se podría hacer de MedicineAI una app descargable en todos los móviles?

[26/05/2025 18:40] Pilar Nos: Pero iniciativas como esta son el camino...

[26/05/2025 18:40] Fernando Carballo: De momento seguro una accesible en web

[26/05/2025 18:41] Fernando Carballo: Lo de la App es cuestión de un paso más.

[26/05/2025 18:41] Pilar Nos: Y con la ciberseguridad y el Ministerio de transformación digital

[26/05/2025 18:41] Pilar Nos: ¡¡¡¡¡Pero hay que intentarlo... Gracias por ello!!!!

[26/05/2025 18:43] R. Javier Martín-Vivaldi J.: Pilar, si es posible manda el enlace al GPT, muchas gracias

[26/05/2025 18:43] Fernando Carballo: Lo que os ofrezco es estudiar el tema junto con Javier que ya lo trabajamos en su momento.

[26/05/2025 18:44] Pilar Nos: Voy a ver si puedo compartir mis prompts...

[26/05/2025 18:45] Pilar Nos: Luego en el Hospital va y tienen Copilot y no de pago y no puedo hacer nada...

[26/05/2025 18:47] Pilar Nos:

Gastroenterología

Añadir instrucciones

Adapta la manera en que ChatGPT responde

Chats en este proyecto

-  **Checklist derivación digestivo**
Desde las sociedades de medicina de f...
-  **Ideas Clave Sobre SIBO**
¿Me puedes hacer un texto de unas 10...
-  **Hinchazón abdominal manejo inicial**
Responde científicamente a uan consul...
-  **Seguimiento metaplasia intestinal**
Ruego valores este informe de endosc...
-  **Seguimiento de pólipos colón**
Paciente con hermana con cancer de c...

[26/05/2025 18:47] Fernando Carballo: Estupendo. Pues quedo en stanby por si queréis queréis que activemos este tema en el área de trabajo

[26/05/2025 18:48] Pilar Nos: A ver... esto es súper "casero" pero por si le puede servir a alguien.... Voy a mirar todo lo que habéis comentado. ¡¡¡¡¡Hay demasiada IA suelta!!!!

[26/05/2025 18:51] Juan Egea Valenzuela: Lo nuestro es mejor. La Comunidad de Murcia pone a disposición de los trabajadores públicos un paquete de Microsoft bastante completo. Desde este año incluye una versión de pago de Copilot, pero no corre en ningún ordenador del hospital. Yo lo puedo usar en mi iPhone y mi iMac en casa, pero no en el ordenador de mi despacho en el hospital.

[26/05/2025 18:52] Pilar Nos: Tal cual

[26/05/2025 18:52] Fernando Carballo: Pilar, todos estamos trabajando en "casero" pero juntos e intercambiando experiencias en red es como podemos mejorar.

[26/05/2025 18:53] Conrado Fernández Rodríguez: El copilot que dices, Pilar, ¿es el de Microsoft 360?, es muy limitadito, lo he usado para sintetizar la información cuantitativa del Power BI.

[26/05/2025 18:53] Pilar Nos: ¡¡¡¡¡Claro!!!!!!

[26/05/2025 18:54] Pilar Nos: Si, pero por tema ciberseguridad es totalmente inoperativo, es tal cual lo ha contado Juan desde Murcia,

[26/05/2025 18:57] Jose Martínez Otón: Buenas tardes a todos. Muy de acuerdo con Conrado, que pese a la "versión completa" proporcionada por el SMS, Copilot es una de las IA con menos desarrollo y cuesta mucho trabajar con ella de forma generativa. Chat GPT y Gemini son mucho más potentes y con acceso a información más rápido.

[26/05/2025 18:59] Mariló Martín Arranz: Si, a mí me pasa igual. Mucho mejor chatGPT que el copilot, al menos hasta ahora

[26/05/2025 19:00] Daniel Ceballos: Estamos en ello ahora mismo

[26/05/2025 19:00] Pilar Nos: ¡¡¡¡¡Ve contándonos!!!!

[26/05/2025 19:03] Daniel Ceballos: Dificultades de interpretación del lenguaje natural con el que se le pregunta, y dificultades para integrar diferentes fuentes, pero al menos hemos resuelto la integración con la historia clínica electrónica: ¡¡se accede al chat desde el propio Selene!!

[26/05/2025 19:04] Juan Egea Valenzuela: Mándame a tus informáticos

[26/05/2025 19:04] Daniel Ceballos: Ni de coña. ¡¡Los tengo amarrados a la pata de mi mesa!!

[26/05/2025 19:05] Daniel Ceballos: Ahora en serio: si hemos podido aquí, es que se puede integrar en cualquier Selene de España.

[26/05/2025 19:05] Pilar Nos: ¡¡¡¡¡Y a mí!!!!

[26/05/2025 19:05] Daniel Ceballos: Os mantengo informados. Esta semana terminamos el beta-test que es como se llama esto.

[26/05/2025 19:06] Pilar Nos: Me parece una hazaña....

[26/05/2025 19:10] Juan Egea Valenzuela: A mí también me parece prodigioso

[26/05/2025 19:10] Juan Egea Valenzuela: Yo no doy un duro por los informáticos del servicio murcian

[26/05/2025 19:12] Daniel Ceballos: Os diré además que las pruebas han ido tan bien, que ni siquiera hay que plantearle una secuencia de preguntas: puedo hacer un copia-pegar de un grupo de preguntas estándar, busca la información, y las contesta del tirón.

Información del centro de salud asignado;

antiagregantes y anticoagulantes, tratamiento con nitroglicerina por cardiopatía isquémica, tratamiento con CPAP por SAOS o SAHS, seguimiento en consulta por cardiología, neumología o cuidados paliativos.

Hay anemia en el último hemograma? Hay resultado positivo de test de sangre oculta en heces?

Hay síntomas digestivos en la última consulta en Atención Primaria?

Hay petición previa de endoscopia digestiva alta o baja?

Según la información recogida en la historia clínica electrónica aportada por los sistemas oficiales, se informa lo siguiente:

- Centro de salud asignado: C.S. ARUCAS.

Sobre los aspectos específicos consultados:

1. **Antiagregantes y anticoagulantes, tratamiento con nitroglicerina por cardiopatía isquémica, tratamiento con CPAP por SAOS o SAHS, seguimiento en consulta por cardiología, neumología o cuidados paliativos:** No hay constancia en la historia clínica de pauta o prescripción de antiagregantes, anticoagulantes, nitroglicerina, tratamiento con CPAP, ni seguimiento en cardiología, neumología o cuidados paliativos en el periodo consultado.
2. **¿Hay anemia en el último hemograma?:** No se observan criterios analíticos de anemia en el último hemograma realizado (Hb 12,7 g/dL, VCM 92,3 fL; fecha 2025-05-14). (Fuente: LABORATORIO).
3. **¿Hay resultado positivo de test de sangre oculta en heces?:** No consta resultado positivo para test de sangre oculta en heces en las determinaciones revisadas. (Fuente: LABORATORIO).
4. **¿Hay síntomas digestivos en la última consulta en Atención Primaria?:** No se documentan síntomas digestivos en la última consulta registrada de Atención Primaria. El último contacto relevante refiere motivo musculoesquelético (quiste sebáceo cervical). (Fuente: Evolución CGD CEX 2024-05-28).
5. **¿Hay petición previa de endoscopia digestiva alta o baja?:** En la historia clínica no consta petición de endoscopia digestiva alta ni baja hasta la fecha de esta consulta.

Todos los datos aquí recogidos proceden de la historia clínica electrónica oficial y están limitados a la información registrada hasta el 20/05/2025.

Si necesita información adicional o desea aclarar algún otro aspecto, indíquelos explícitamente.

21.2s

[26/05/2025 19:13] R. Javier Martín-Vivaldi J.: en Quirón dicen que están usando la ia para hacer la historia clínica, graba las conversaciones y las transcribe, aunque no se mucho mas

[26/05/2025 19:13] Daniel Ceballos: Esta búsqueda la hizo en 21 segundos. Yo suelo tardar un par de minutos.

[26/05/2025 19:14] Daniel Ceballos: Ese proyecto también lo había escuchado. Evita la pérdida de tiempo haciendo de taquígrafo en lugar de hacer de médico.

[26/05/2025 19:15] Juan Egea Valenzuela: La aplicación “escucha” la conversación entre médico y paciente y transcribe una historia clínica estructurada.

[26/05/2025 19:15] R. Javier Martín-Vivaldi J.: yo lo hago con una app del móvil, grabo, lo transcribe y después aunque tiene una ia la propia app, yo lo paso a chatgpt y me hice un Gpt para que me hiciera la historia clínica Por ahora es algo lento así que para consulta no me sirve mucho, para ingresados en planta si, además le pido diagnostico diferencial y me va dando ideas...

[26/05/2025 19:35] Conrado Fernández Rodríguez: Si, se está probando en nuestro hospital, los psiquiatras están muy contentos con el rendimiento.

[26/05/2025 19:38] Mariló Martín Arranz: Yo he hablado con ellos, todavía da errores, pero reconoce la voz del médico y del paciente y les genera un borrador de historia en la propia HCE y también los pedidos

[26/05/2025 19:40] Inmaculada Fernández Vázquez: Lo han contado este viernes pasado en la ACAD.

[26/05/2025 19:40] Inmaculada Fernández Vázquez: Vinieron de Quirón

[26/05/2025 19:40] Inmaculada Fernández Vázquez: Y nos hicieron una representación

[26/05/2025 22:59] Orencio Francisco Bosch Esteva: Buenas noches. Muy interesante toda esta conversación. Si. En QUIRON llevamos meses con el desarrollo de una IA para la historia clínica. Estamos aprendiendo mutuamente. Pero en 4 meses los avances son tremendos. Realmente es una HC integrada en el programa que recoge la conversación en la consulta, incluso la exploración física y se está trabajando para vincular pruebas que verbalizas durante la anamnesis y explicación al paciente de tu interpretación de su problema. La base es girar en torno al paciente y compartir la información que consideres. Además se está trabajando en la elaboración de trayectorias automatizadas de reconocimiento de síntomas asociados a procedimientos específicos que tendrán que ser sometidas a un análisis de resultados según se vayan implantando. La IA nos va a cambiar el paradigma y tenemos que saber integrar esta herramienta con cautela y criterio. Un saludo.

[26/05/2025 23:02] Rubén Díez González: Buenas noches, muchas gracias por esta interesante conversación, se puede comentar el programa qué se usa, y / o la empresa que lo comercializa?

[26/05/2025 23:12] Orencio Francisco Bosch Esteva: Perdona Rubén. Si la pregunta es para mí, no estoy autorizado a dar esta información. Es un proyecto de Quirónsalud. Pero no sé más. El programa se llama SCRIBE. Y es propio de esta empresa y vinculado a nuestra historia clínica informatizada que nada tiene que ver con SELENE. La nuestra se llama CASIOPEA. Es un sistema de IA integrado a esta plataforma.

[26/05/2025 23:20] Rubén Díez González: ok muchas gracias
