

ANÁLISIS DE LA PRIMERA CONSULTA EN APARATO DIGESTIVO: ¿QUÉ VEMOS Y QUÉ PRUEBAS PEDIMOS?

ANALYSIS OF THE FIRST CONSULTATION IN GASTROENTEROLOGY: WHAT WE SEE AND WHAT TEST WE ASK FOR?

R. Díez-Rodríguez¹, C. Pisabarrros-Blanco¹, M.L. González-Bárcenas¹, R.S. Castillo-Trujillo¹, G.E. Karpman-Niremberg¹, A.M. Tierra-Rodríguez¹, A. Barrientos-Castañeda², S. Vivas-Alegre²

¹Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. ²Complejo Asistencial Universitario de León. León.

RESUMEN

Introducción: conocer que patología vemos en la consulta de aparato digestivo y que pruebas se solicitan es fundamental para establecer estrategias coordinadas entre atención especializada y primaria con el fin de prestar una asistencia eficiente y de calidad. El objetivo del estudio fue analizar los motivos de consulta en Aparato Digestivo y las pruebas solicitadas desde la misma.

Métodos: se recogieron de manera prospectiva las primeras consultas de aparato digestivo de un hospital de nivel II desde julio hasta noviembre de 2015. Las variables registradas fueron: los datos de filiación, el motivo de consulta, consultas previas en digestivo, las pruebas solicitadas, y si consumían inhibidores de la bomba de protones (IBP), como ítems principales. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, y se estudiaron específicamente las características de cada paciente y las pruebas solicitadas según los motivos de consulta.

Resultados: de los 527 pacientes analizados el 52,9% eran mujeres con una edad media de 58,7 años (DE 17,1). El 78% procedían de atención primaria. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: dispepsia (18,4%), diarrea o estreñimiento (14,1%), antecedentes familiares o personales de cáncer de colon o

pólipos (12%), dolor abdominal (9,3%) y rectorragia (9,1%). Un 35,9% consultó con anterioridad y un 39,8% consumían IBP. Las principales pruebas complementarias solicitadas fueron: colonoscopia (43,9%), gastroscopia (35,9%) y ecografía abdominal (18,5%).

Conclusiones: la dispepsia y la alteración en el hábito intestinal constituyen los principales motivos derivación a la consulta de aparato digestivo. Las pruebas más solicitadas fueron la colonoscopia y la gastroscopia.

Palabras clave: consulta de digestivo, atención primaria, atención especializada.

ABSTRACT

Introduction: knowing what pathology is seen in consultation of gastroenterology and what test are asked for, is essential to establish coordinated strategies between primary and specialized care in order to provide efficient and quality attention. The aim of the study was to analyze the reason for consultation in the digestive system and the test request.

Methods: we collected prospectively the first gastroenterology consultations of a level II hospital from July to November 2015. The variables recorded were: personal data, the reason for consultation, previous consultation, testing requested, and if consumed proton-pump inhibitor (PPI) as main items. A descriptive analysis of the sample was performed, the characteristics of each patient and the tests requested were studied according to the reasons for consultation.

TRABAJO ENVIADO: 24/12/2016

ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 22/09/2017

CORRESPONDENCIA:

Rubén Díez Rodríguez
Unidad de Aparato Digestivo.
Hospital del Bierzo.

C/ Médicos Sin Fronteras, 7.
24404 Ponferrada (León).

rubendiezr@saludcastillayleon.es

Results: 527 patients were analyzed, 52.9% were women with an average age of 58.7 years (SD 17.1). 78% came from primary care. The most frequent reasons for consultation were: dyspepsia (18.4%), diarrhea or constipation (14.1%), personal or family history of colorectal cancer or polyps (12%), abdominal pain (9.3%) and rectal bleeding (9.1%). 35.9% had previously consulted and 39.8% consumed IBP. The main tests requested were colonoscopy (43.9%), gastroscopy (35.9%) and abdominal ultrasound (18.5%).

Conclusions: dyspepsia and change in bowel habits are the main reasons referral to consultation digestive system. The most requested tests were colonoscopy and gastroscopy.

Keywords: gastroenterology consultation, primary care, secondary care.

INTRODUCCIÓN

La atención de pacientes con síntomas digestivos puede llegar a constituir un 10% de los motivos de consulta en atención primaria (AP)^{1,2}, estimándose que un 4,2% de las derivaciones de primaria se dirigen a una consulta de aparato digestivo^{3,4}. Los pacientes son derivados a la consulta especializada con el fin de obtener un diagnóstico o tratamiento, usando habitualmente procedimientos que no están disponibles desde atención primaria. En ocasiones la sintomatología digestiva puede deberse a una enfermedad grave, pero es la patología funcional, con alta tendencia a cronificarse, la que genera un mayor volumen de consultas, con escaso beneficio de la atención especializada^{5,6}.

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, es por tanto, necesaria para obtener una asistencia de calidad, con un uso racional de los recursos. La colaboración entre niveles asistenciales es una condición indispensable para garantizar una atención eficiente. A este fin se han diseñado varias estrategias con el fin de mejorar la derivación como son la realización de guías clínicas, circuitos de derivación rápida, consulta de alta resolución, reuniones periódicas o consultas compartidas^{6,8}.

La relación entre AP y Atención Especializada de Aparato Digestivo se realiza en contextos diversos y cambiantes. El sistema sanitario español es muy diverso con importantes desigualdades estructurales, organizativas e incluso presupuestarias entre comunidades autónomas⁹. Esto hace que en cada lugar se deba establecer la estrategia de coordinación entre niveles que se considere más adecuada. A este fin se

plantea este estudio cuyo objetivo es analizar los motivos de consulta y las pruebas solicitadas desde la consulta de aparato digestivo en nuestro área.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron de manera prospectiva a los pacientes remitidos como nuevos, ya procedieran de la consulta de Atención Primaria o bien de una interconsulta hospitalaria, a la consulta de aparato digestivo desde el 14 de julio hasta el 17 de noviembre de 2015. El Área Sanitaria del Bierzo ofrece cobertura a una población de 145.000 habitantes aproximadamente, siendo un hospital de nivel 2.

En el Área Sanitaria todas las consultas de Aparato Digestivo se encuentran centralizadas en el hospital. La plantilla actualmente es de siete facultativos. Cinco de los siete facultativos participaron en el estudio, recogiendo datos de su consulta. Durante el 2015 el número total de primeras consultas realizadas en el centro fueron de 3.623, de las cuales un 93,5% procedían de Atención Primaria.

Durante el periodo de estudio la Unidad de Aparato Digestivo contaba con una consulta monográfica para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, a la cual solo se puede derivar desde la consulta general de Aparato Digestivo. Existe en nuestra comunidad autónoma un programa de cribado de cáncer colorrectal basado en test de sangre oculta en heces (TSOH), implantándose progresivamente por grupos de edad. En nuestro área, Atención Primaria tiene acceso a solicitar endoscopia baja por rectorragia o si obtiene un resultado positivo en test de sangre oculta en heces (TSOH) como parte del programa de cribado, y endoscopia alta por dispepsia y reflujo gastroesofágico. Atención Primaria tiene también acceso a solicitar ecografía abdominal.

Se recogieron los datos correspondientes a la edad, sexo, procedencia, motivo de consulta, si el paciente había acudido en otra ocasión a la consulta de digestivo (ya fuese en este centro u en otros), en caso afirmativo se analizó la coincidencia del motivo en ambas consultas. Se registró si el paciente a lo largo de la consulta presentaba otro motivo de consulta además del principal.

Por otro lado, se registraron las pruebas que se le solicitaban a cada paciente. Las pruebas recogidas específicamente fueron: gastroscopia, colonoscopia, ecografía abdominal, analítica, TSOH, calprotectina fecal y test de aliento. El resto de pruebas solicitadas y el grado de preferencia en las solicitudes también fue

recogido. El estudio fue solicitado de forma preferente en caso de sospecha de patología tumoral o importante limitación producida por los síntomas.

Por último se recogió el número total de fármacos que el paciente tomaba de manera crónica. La toma de inhibidores de la bomba de protones (IBP) de forma crónica (>2 meses) se consideró como una variable diferente y no se incluyó el recuento de fármacos consumidos de manera crónica.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, presentando las variables cuantitativas como recuento absoluto y porcentaje y las variables cualitativas como media y desviación estándar (DE). Se analizaron las características de los pacientes y las pruebas solicitadas según la indicación. Para comparar dos medias se usó la T de Student. Se consideraron significativas aquellas diferencias con p-Valor <0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 540 pacientes. Trece fueron excluidos por presentar datos incompletos en el registro. En la **tabla 1** se muestran las características de la población incluida. Desde Atención Primaria fueron derivados 413 pacientes (78,4%), 53 de ellos preferentes

(12,8%), y 114 de interconsulta hospitalaria (21,6%), 44 de ellos preferentes (38,6%).

En la **tabla 1** se describen los motivos principales de consulta, especificando la edad, sexo, media de fármacos, si han acudido a la consulta de digestivo en otras ocasiones y si el motivo de consulta es el mismo o no, desglosado por cada motivo de indicación. Destacan como principales motivos de consulta la dispepsia (18,4%), los pacientes con antecedentes familiares de cáncer de colon (12%) y aquellos con alteración el hábito intestinal (diarrea 9,9% y estreñimiento 4,3%).

Además, en 52 pacientes (11,2%) en el transcurso de la consulta se identificó un segundo motivo de consulta. De este segundo motivo de consulta, los más frecuentes fueron: estreñimiento en 12 pacientes (23%), ERGE en 11 pacientes (21%) y revisión de pólipos en 9 pacientes (17%).

El consumo medio de fármacos fue de 2,18 (DE 2,16) y en 96 pacientes (18,2%) de los que acudieron a consulta el consumo era de cinco o más medicamentos. El 39,8% de los pacientes analizados consumían IBP, resultando su consumo asociado a la edad (55,37 años (DE 16,42) vs 63,27 años (DE 17,056); pValor: <0,001) y al número de consumo de fármacos que consumían los pacientes en total (1,22 (DE 1,87) vs. 3,63 (DE 2,9); pValor: <0,001), pero no al sexo (mujeres 117/279 vs. varones

Tabla 1. Motivos de consulta.

Motivo	N	Consulta previa digestivo	Mismo motivo	Edad (años) (DE)	Sexo (%) (femenino)	IBP	Media de número de fármacos consumidos
Dispepsia	97 (18,4%)	37 (38,1%)	32 (33%)	55,8 (17)	62 (63,9%)	61 (62,9%)	2 (2,2)
Ant CCR/pólipos	63 (12%)	14 (22,2%)	14 (22,2%)	55 (12,7)	28 (44,4%)	8 (12,7%)	1,8 (2,5)
Diarrea	52 (9,9%)	21 (40,5%)	18 (34,6%)	55,9 (20,9)	29 (55,8%)	15 (28,8%)	2,6 (3,2)
Dolor abdominal	49 (9,3%)	19 (39,6%)	11 (22,4%)	58,7 (20,4)	32 (65,3%)	26 (53,1%)	2,4 (2,2)
Rectorragia	48 (9,1%)	15 (31,3%)	10 (20,8%)	60 (16,5)	32 (66,7%)	13 (27,1%)	2,1 (2,7)
Otro	40 (7,6%)	15 (37,5%)	11 (27,5%)	57,8 (18,8)	25 (62,5%)	16 (40%)	2,5 (3)
Revisión de pólipos/ADC	33 (6,3%)	25 (75,8%)	15 (45,5%)	65,2 (12,9)	9 (27,3%)	7 (21,2%)	1,5 (2,2)
ERGE	32 (6,1%)	13 (40,6%)	11 (34,4%)	56,8 (17)	17 (53,1%)	24 (75%)	2,6 (2,4)
Estreñimiento	24 (4,6%)	6 (25%)	4 (16,7%)	59,6 (18,6)	13 (54,2%)	7 (29,2%)	2,4 (2,9)
Anemia / Ferropenia	22 (4,2%)	10 (45,5%)	6 (45,5%)	64,5 (14,5)	10 (45,5%)	9 (40,9%)	2,5 (2,9)
Alt perfil hepático	17 (3,2%)	3 (17,6%)	2 (11,7%)	54,5 (18,9)	6 (35,3%)	5 (29,4%)	1,8 (2,5)
TSH	16 (3%)	2 (12,5%)	0	68,7 (8,9)	3 (18,8%)	6 (37,5%)	2,6 (2,1)
Prueba imagen alterada	16 (3%)	2 (12,5%)	0	61 (20,7)	7 (43,8%)	7 (43,8%)	4 (3,6)
Disfagia	10 (1,9%)	4 (40%)	3 (30%)	59,8 (13,5)	4 (40%)	2 (20%)	0,8 (0,8)
Alt perfil férrico	8 (1,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	69 (6,1)	2 (25%)	4 (50%)	4 (5)
Total	527	189 (35,9%)	149 (28,3%)	58,72 (17,1)	279 (52,9%)	210 (39,8%)	2,18 (2,16)

Se especifica la edad, sexo, consulta previa de digestivo, consumo de IBP y la media de fármacos consumidos por el paciente, por motivo de consulta. TSH positivo fuera del programa de cribado. Ant CCR/pólipos: pacientes con antecedentes familiares de cáncer de colon/pólipos. Revisión de pólipos/ADC: Pacientes que acuden por antecedentes personales de pólipos resecaados o adenocarcinoma.

93/248; pValor: >0,05). En la **tabla 1** se observa que el consumo de IBP es mayor en los pacientes con dispepsia o ERGE.

En la **tabla 2** se recogen las pruebas que se pidieron con más frecuencia según la indicación. Destaca el número de endoscopias solicitadas: colonoscopias a un 43,4% y gastroscopias a un 35,9%. En la **figura 1** se observa como en la mayoría de los pacientes se solicitaba al menos una prueba diagnóstica y en un 28%, tres ó más. El estudio fue realizado de manera preferente en 138 pacientes (26,2%). Un 7% (37/527) de los pacientes fueron dados de alta en la primera consulta.

Se solicitó la realización de calprotectina fecal en 21 casos en la primera visita, siendo las indicaciones más frecuentes diarrea (12 pacientes) y dolor abdominal (5 pacientes). El análisis de TSOH se realizó a 20 pacientes fuera del programa de cribado poblacional, siendo los motivos más frecuentes el dolor abdominal a estudio (5 pacientes), diarrea (5 pacientes), dispepsia (4 pacientes) y estreñimiento (3 pacientes). Se analizó la presencia de *Helicobacter pylori* mediante test de aliento en 16 casos. A 14 pacientes se les solicitaron otras pruebas, destacando en este apartado la TAC en 9 pacientes.

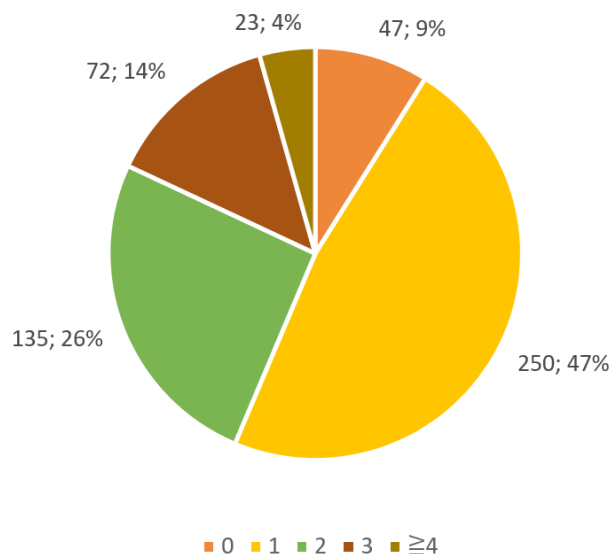


Figura 1. Número de pruebas solicitadas por paciente.

Tabla 2. Pruebas pedidas desde la consulta de Aparato Digestivo estratificadas por motivo de consulta.

Motivo	Colonoscopia	Gastroscopia	Eco abdominal	Análisis	Nada
Dispepsia	13 (13,4%)	78 (80,4%)	20 (20,6%)	30 (30,9%)	8 (8,2%)
ERGE	8 (25%)	21 (65,6%)	5 (15,6%)	7 (21,9%)	4 (12,5%)
Rectorragia	40 (83,3%)	5 (10,4%)	5 (10,4%)	10 (20,8%)	5 (10,4%)
Revisión de pólipos / ADC	30 (90,9%)	2 (6,1%)	1 (3%)	5 (15,2%)	1 (3%)
Ant CCR / Pólipos	47 (74,6%)	4 (6,3%)	7 (11,1%)	9 (14,3%)	5 (7,9%)
Alt perfil hepático	1 (5,9%)	0	9 (52,9%)	14 (82,4%)	1 (5,9%)
Alt perfil férrico	2 (25%)	28 (25%)	4 (50%)	6 (75%)	0
Anemia / Ferroopenia	12 (54,5%)	15 (68,2%)	4 (18,2%)	7 (31,8%)	2 (9,1%)
Dolor abdominal	13 (25,6%)	15 (30,6%)	16 (37,2%)	24 (49%)	4 (8,2%)
Prueba imagen alterada	4 (25%)	9 (56,3%)	4 (25%)	11 (68,8%)	0
Disfagia	0	7 (100%)	2 (20%)	3 (30%)	2 (20%)
TSOH	14 (87,5%)	6 (37,5%)	0	2 (12,5%)	1 (6,3%)
Diarrea	20 (38,5%)	4 (7,7%)	13 (25%)	30 (57,7%)	2 (3,8%)
Estreñimiento	13 (54,2%)	4 (16,7%)	3 (12,5%)	7 (29,2%)	3 (12,5%)
Otro	12 (30%)	17 (42,5%)	4 (10%)	14 (35%)	9 (22,5%)
Total	229 (43,4%)	189 (35,9%)	97 (18,5%)	179 (34%)	47 (8,9%)

TOSH positivo fuera del programa de cribado. Ant CCR/pólipos: pacientes con antecedentes familiares de cáncer de colon/pólipos. Alt perfil hepático: alteración en el perfil hepático. Alt perfil férrico: alteración en el perfil férrico.

DISCUSIÓN

En este artículo se pone de manifiesto cómo el principal motivo de consulta en nuestro medio es la dispepsia, observando como un tercio de los pacientes ya habían acudido con anterioridad por el mismo motivo. Dadas las características de nuestro centro, es decir, la única referencia de Aparato Digestivo del área de salud, creemos que el estudio resulta interesante para valorar la patología que se deriva de Atención Primaria a la consulta especializada y conocer las principales pruebas complementarias que se solicitan.

El estudio no está exento de limitaciones. Dadas las características del centro de trabajo es probable que los resultados no puedan ser extensibles a otros centros de mayor tamaño donde existan consultas especializadas en ambulatorios, consultas de alta resolución, o un mayor acceso a pruebas desde Atención Primaria. Por otro lado no se registró si los pacientes procedentes de Atención Primaria lo hacían de un centro de salud urbano o de uno rural, pudiendo existir diferencia en cuanto a los motivos de derivación, constituyendo también una limitación al estudio.

Se usó el consumo de fármacos como medida indirecta de la complejidad o comorbilidad del paciente, siendo una medida con limitaciones, existiendo índices mucho más precisos, constituyendo ésto otra limitación del estudio. Se optó por este dato por la sencillez en su recogida.

El consumo de IBP en España ha ido en aumento a largo de los años por la alta prevalencia de las enfermedades para las que tiene indicación y por factores inherentes al fármaco (alta eficacia y perfil de seguridad), habiéndose descrito en varios estudios porcentajes elevados de prescripción inadecuada¹⁰. En el estudio publicado por Martín-Echevarría *et al.*¹¹ observó cómo un 34,6% de los pacientes que ingresaban en un servicio de medicina interna consumían IBP, de los cuales el 68% no tenían indicación.

A pesar de que los IBP son una medicación de uso muy extendido, no existen datos específicos sobre el consumo de IBP de los pacientes que acuden a la consulta externa de digestivo en nuestro medio. Casi un 40% de los pacientes nuevos que acudieron a nuestras consultas habían consumido IBP en los dos últimos meses, resultando su consumo asociado a la edad y al número de fármacos consumidos. Se observó cómo más de un 60% de los pacientes que acuden por dispepsia consumían IBP, si bien, el estudio no se diseñó para establecer si el consumo de IBP era adecuado o no.

Diversos estudios realizados en el ámbito nacional han estudiado diversas estrategias encaminadas a mejorar la eficiencia en la consulta externa de digestivo.

En el estudio publicado por Mata-Roman *et al.*⁷ se valoró la utilidad de realizar sesiones clínicas y consultas compartidas entre Aparato Digestivo y Atención Primaria; Quintás-Lorenzo *et al.*¹² evaluaron la utilidad de una consulta de alta resolución y un programa de aumento de capacidad resolutoria de atención primaria; Zambrana-García *et al.*¹³, valoraron la posibilidad de consultas de digestivo de acto único con opción de realizar una prueba diagnóstica en ese momento. En todos los estudios comentados anteriormente, al igual que en el nuestro, el principal motivo de consulta resultó ser la dispepsia.

La patología como la dispepsia, y de manera más global, las enfermedades funcionales del aparato digestivo constituyen una parte importante de la patología que se atiende en la consulta externa, siendo necesarias estrategias enfocadas a estos pacientes, especialmente por su tendencia a su cronificación. En este sentido observamos cómo un tercio de los pacientes que acudían por dispepsia ya habían acudido por este motivo anteriormente a la consulta externa de digestivo. Es especialmente importante sobre todo en las patologías más prevalentes aplicar guías clínicas, crear procesos asistenciales integrados o consultas de alta resolución, etc., con el fin de mejorar la eficiencia en este tipo de enfermedades.

Las principales pruebas diagnósticas pedidas desde la consulta de Aparato Digestivo en nuestro estudio resultaron ser la endoscopia digestiva alta y baja. Observando el volumen de endoscopia solicitada desde la consulta, otra estrategia de mejora sería la de crear unidades de endoscopias de acceso libre, siendo muy importante a este fin contar con guías clínicas para establecer adecuadamente las indicaciones y la prioridad de cada indicación. Carrión *et al.*¹⁴ observó en su estudio que un 18% de las colonoscopias realizadas en una unidad abierta no están correctamente indicadas tomando como base los criterios EPAGE II. Con intención de mejorar tanto las indicaciones como la demora de las endoscopias Vega Villaamil *et al.*¹⁵ estudiaron la implantación de indicaciones según niveles de prioridad para la colonoscopia (del I al III), permitiendo el acceso desde Atención Primaria para las prioridades I y II. En este estudio los niveles de prioridad resultaron asociados a mejorar la detección de patología significativa, y permitir el acceso desde Atención Primaria reduciendo los tiempos de demora e incrementando el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia.

A pesar de las estrategias llevadas a cabo en los diversos lugares, parece que el camino que queda por recorrer es largo. En este sentido Gené *et al.*¹⁶ en su estudio basado en encuestas a médicos de Atención Primaria y gastroenterólogos sobre su relación, observó que más de la mitad de los encuestados consideraban insuficiente la relación entre ambos niveles asistenciales.

Cualquier estrategia de mejora debe contar con Atención Primaria ya que es donde se originan la mayoría de las derivaciones.

Si bien no se puede trazar una estrategia estándar para mejorar la atención prestada en las consultas externas de Aparato Digestivo, es imprescindible que cada área dependiendo de su funcionamiento establezca la fórmula más adecuada. A este fin es indispensable conocer qué patología se está derivando a la consulta y qué exploraciones se solicitan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. *Postgrad Med J*. 2008;84:454-8.
2. Jones R, Hunt C, Stevens R, Dalrymple J, Driscoll R, Sleet S, et al. Management of common gastrointestinal disorders: quality criteria based on patients' views and practice guidelines. *Br J Gen Pract*. 2009;59:e199-208.
3. Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Reasons for consultation between primary care and the second level. *Aten Primaria*. 2005;36:137-43.
4. de Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluation of referrals in primary care. *Aten Primaria*. 2005;35:146-51.
5. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8:iii-iv, 1-72.
6. Dacal Rivas A, Quintas Lorenzo P, Francisco González M, Cubiella Fernández J, Alonso Docampo MN, Fernández Seara J. Effect of the implementation of a program to improve referrals by primary care on appropriateness and wait times in endoscopic examinations. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:254-61.
7. Mata-Roman L, del Olmo-Martínez L, Briso-Montiano R, García-Pascual A, Catón-Valdes M, Jiménez-Rodríguez-Vila M, et al. Periodic gastroenterology and hepatology meetings with primary care. Reasons for consultation. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105:521-8.
8. Bermejo F. A one-stop clinic in gastroenterology - Benefits and limitations. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108:1-2.
9. González B, Urbanos RM, Ortega P. Public and private supply of health services by autonomous communities in Spain. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:82-9.
10. Ponce J, Esplugues JV. Rationalizing the use of PPIs: an unresolved matter. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105:121-4.
11. Martín-Echevarria E, Pereira Julia A, Torralba M, Arriola Pereda G, Martín Davila P, Mateos J, et al. Assessing the use of proton pump inhibitors in an internal medicine department. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100:76-81.
12. Quintas Lorenzo P, Dacal Rivas A, González MF, Cubiella Fernández J, López Sánchez L, García García MJ, et al. Referrals to a gastroenterology outpatient clinic from primary care: evaluation of two programs. *Gac Sanit*. 2011;25:468-73.
13. Zambrana-García JL, Montoro-Caba MI, Chicano-Gallardo M, Monrobel-Lancho A, Pérez-de-Luque DJ, Pena-Ojeda JA, et al. Efficacy of a high-resolution consultation system in gastroenterology at an Andalusian hospital center. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108:3-7.
14. Carrión S, Marín I, Lorenzo-Zuniga V, Moreno De Vega V, Boix J. Appropriateness of colonoscopy indications according to the new EPAGE II criteria. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:484-9.
15. Vega-Villaamil P, Salve-Bouzo M, Cubiella J, Valentin-Gómez F, Sánchez-Hernández E, Gómez-Fernández I, et al. Evaluation of the implementation of Galician Health Service indications and priority levels for colonoscopy in symptomatic patients: prospective, cross-sectional study. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105:600-8.
16. Gene E, García-Bayo I, Barenys M, Abad A, Azagra R, Calvet X. Coordination between primary and specialized care in gastroenterology is insufficient. A survey of gastroenterologists and general practitioners. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:555-62.