



Artículo original:

DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS UNIDADES DE COLOPROCTOLOGÍA DE GALICIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA

REFERRAL OF PATIENTS FROM PRIMARY CARE TO COLOPROCTOLOGY UNITS IN GALICIA: CLINICAL CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC CORRELATION

Irene Vázquez García ¹, Dayana Bravo Beltrán ², Marta Paniagua García Señoráns ³, Pino Rodríguez Martínón ⁴, Natalia Suárez Pazos ⁵, Rubén Moreda Álvarez ⁶, Cristian Varela Ferro ⁷, Francisco Anguita Ramos ⁸, José Enrique Casal Nuñez ⁹, Alberto Parajó Calvo ⁹

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra; (2) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; (3) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; (4) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; (5) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; (6) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (7) Hospital Povisa de Vigo; (8) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; (9) Grupo Gallego de Coloproctología.

RESUMEN:

Introducción: El presente estudio tiene como objetivo valorar las características clínicas de los pacientes con patología proctológica derivados a las Unidades de Coloproctología desde Atención Primaria y conocer el grado de correlación diagnóstica.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, incluyendo pacientes con síntomas proctológicos remitidos de Atención Primaria a unidades de Coloproctología de hospitales gallegos de segundo y tercer nivel durante el período 15/09/2018 a 15/10/2018.

Resultados: 467 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria fueron rectorragia, 163 pacientes (34,9%), proctalgia 116(24,8%), prolapso hemorroidal 69(14,8%) y tumoración glútea/sacra 27(5,8%). Se había realizado exploración en 55,7% de los casos y tacto rectal en 36%; en 8,1% de casos se habían solicitado pruebas complementarias e iniciado tratamiento en 33%. Los diagnósticos más frecuentes en Atención Primaria fueron hemorroides 199(42,6%), fisura anal 59(12,6%), rectorragia a estudio 54(11,6%) y "sin diagnóstico" 41(8,8%), mientras que en las unidades de Coloproctología fueron hemorroides 188(40,3%), fisura anal 97(20,8%), "no patología" 34(7,3%) y sinus pilonidal 23(4,9%). La concordancia diagnóstica medida mediante el índice kappa de los dos diagnósticos más frecuentes, hemorroides y fisura anal, fue 0,34 IC95% (0,26-0,43) y 0,35 IC95% (0,24-0,45) respectivamente (concordancia débil). El índice kappa en función de si se realizó o no exploración física en Atención Primaria fue 0,43 y 0,23 para hemorroides ($p=0,021$) y 0,44 y 0,15 para fisuras ($p=0,008$).

Conclusiones: Solo 55,7% de los pacientes derivados habían sido explorados en Atención Primaria y este factor influye de forma estadísticamente significativa en la concordancia diagnóstica.

Palabras clave: Hemorroides. Fisura. Fístula. Derivación. Índice kappa. Atención Primaria.

ABSTRACT:

Introduction: The present study aims to assess the clinical characteristics of patients with proctological pathology referred to the Coloproctology Units from Primary Care and to know the degree of diagnostic correlation.

Methods: Observational, retrospective and multicenter study, including patients with proctological symptoms referred from Primary Care to Coloproctology units of second and third level Galician hospitals between 09/15/2018 and 10/15/2018.

Results: 467 patients met the inclusion criteria. The most frequent reasons for consultation in Primary Care were rectorrhagia, 163 patients (34.9%), proctalgia 116 (24.8%), hemorrhoidal prolapse 69 (14.8%) and gluteal / sacral tumor 27 (5.8%). An examination had been performed in 55.7% of the cases and a digital rectal examination in 36%; in 8.1% of cases, complementary tests had been requested and treatment had started in 33%. The most frequent diagnoses in Primary Care were hemorrhoids 199 (42.6%), anal fissure 59 (12.6%), rectorrhagia to study 54 (11.6%) and "without diagnosis" 41 (8.8%), while in the Coloproctology units were hemorrhoids 188 (40.3%), anal fissure 97 (20.8%), "no pathology" 34 (7.3%) and pilonidal sinus 23 (4.9%). The diagnostic agreement measured by the kappa index of the two most frequent diagnoses, hemorrhoids and anal fissure, was 0.34 95% CI (0.26-0.43) and 0.35 95% CI (0.24-0.45) respectively (weak agreement). The kappa index based on whether or not a physical examination was performed in Primary Care was 0.43 and 0.23 for hemorrhoids ($p = 0.021$) and 0.44 and 0.15 for fissures ($p = 0.008$).

Conclusions: Only 55.7% of the referred patients had been explored in Primary Care and this factor has a statistically significant influence on the diagnostic agreement.

Key words: Hemorrhoids. Fissure. Fistula. Shunt. Kappa index. Primary care.

Fecha de recibido: 12/11/2021 - Fecha de aceptación: 14/12/2021 - Fecha de publicación en línea: 01/04/2022. Autor de correspondencia: Irene Vázquez García, email: irene.vazquez.garcia@sergas.es

Citar como: Vázquez García I, Bravo Beltrán D, Paniagua García M, Rodríguez Martín P, Suárez Pazos N, Moreda Álvarez R, et al. Derivación de pacientes desde atención primaria a las unidades de coloproctología de Galicia: características clínicas y correlación diagnóstica. Rev Cir Gal. 2022; 6(6): e1-e7. Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons-BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

INTRODUCCIÓN

La patología proctológica tiene una elevada prevalencia en la población general y por tanto ocupa un número importante en las consultas de Atención Primaria (AP). Muchos pacientes podrán ser diagnosticados en AP y serán tratados inicialmente de forma conservadora y otros han de ser derivados a una consulta especializada. Por ello es necesaria la coordinación entre los médicos de AP y las Unidades de Coloproctología (UCP).

El objetivo del presente estudio es valorar las características clínicas de los pacientes con

patología proctológica derivados desde AP a las UCP de Galicia y conocer el grado de correlación diagnóstica entre los médicos de AP y los cirujanos, así como los factores implicados en ella.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, que incluyó a pacientes con síntomas proctológicos remitidos desde AP a UCP de los hospitales gallegos de segundo y tercer nivel (Complejos Hospitalarios Universitarios de Pontevedra, A Coruña, Vigo, Santiago de Compostela, Ferrol, Ourense, Lugo y

Hospital Povisa), durante el período comprendido entre el 15 de septiembre y el 15 de octubre de 2018.

Se incluyó a todos los pacientes cuyo motivo de consulta en AP fue rectorragia, proctalgia, prolapso hemorroidal, tumoración glútea o sacra, lesión anal, prurito, estreñimiento, supuración, incontinencia fecal, tenesmo, prolapso, alteración de hábito intestinal y urgencia defecatoria. No se incluyeron pacientes asintomáticos remitidos por antecedentes de polipsectomías previas o antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

Se revisó el informe de la consulta de AP de cada paciente, atendiendo a si se había realizado o no anamnesis, exploración física y tacto rectal, si se solicitaron pruebas complementarias y si se inició tratamiento.

Los diagnósticos del médico de AP y de las UCP fueron codificados en los siguientes grupos: sin diagnóstico, absceso perianal /glúteo, condilomas, estreñimiento, fístula, fisura, hemorroides, incontinencia fecal, neoplasia de recto, papila/pólipo anal, proceso dermatológico, proctalgia fugax, prolapso rectal, prurito anal idiopático, rectorragia a estudio, sinus pilonidal, tenesmo rectal y miscelánea (alteración del hábito intestinal, sospecha de parasitosis, rectocele, proctitis, estenosis de canal anal bajo, neuralgia del pudendo, descenso del suelo pélvico).

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, las variables cualitativas se describieron con la frecuencia y el porcentaje, y las variables cuantitativas con la media y la desviación estándar. Para los diagnósticos más frecuentes se calculó la sensibilidad y la especificidad diagnóstica de AP, presentando estos valores junto con su intervalo de confianza al 95% (IC95%). Asimismo, se analizó el grado de concordancia diagnóstica entre el médico de AP y el cirujano de la UCP mediante el índice kappa y su intervalo de confianza de 95% (IC95%), de manera global y en función de si se había realizado o no exploración física y tacto rectal. Los valores de Kappa inferiores a 0,20 suponen una concordancia pobre; entre 0,21 y 0,40,

débil; entre 0,41 y 0,60, moderada; entre 0,61 y 0,80, buena y entre 0,81 y 1,00, muy buena.

El análisis estadístico fue realizado con el programa informático SPSS versión 19 y Epidat 3,0.

RESULTADOS

Se incluyeron 467 pacientes, 245 varones (52,5%) y 222 mujeres (47,5%). La edad media fue de 52,34 ± 16,7 años.

El motivo de consulta más frecuente en AP fue rectorragia, 163 pacientes (34,9%), seguido de proctalgia 116 (24,8%), prolapso hemorroidal 69 (14,8%) y tumoración glútea /sacra 27 (5,8%). La mayoría de pacientes (290; 62,1%) fueron remitidos a UCP tras una única consulta en AP. Se había realizado anamnesis en 321 pacientes (68,7%), exploración anal en 260 (55,7%) y tacto rectal en 168 (36%) (**tabla 1**). Se solicitaron pruebas complementarias a 38 pacientes (8,1%) y se inició tratamiento en 154 (33%).

Motivo de consulta en AP	Exploración anal n (%)	Tacto Rectal n (%)	Total
Rectorragia	77 (47,2%)	60 (36,8%)	163
Proctalgia	91 (78,4%)	61 (52,6%)	116
Prolapso hemorroidal	32 (46,4%)	16 (23,2%)	69
Tumoración glútea/sacra	11 (40,7%)	4 (14,8%)	27
Lesión anal	18 (69,2%)	8 (30,8%)	26
Prurito	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19
Estreñimiento	7 (53,8%)	5 (38,5%)	13
Supuración	6 (54,5%)	2 (18,2%)	11
Incontinencia	2 (28,6%)	2 (28,6%)	7
Tenesmo	1 (16,7%)	0 (0,0%)	6
Prolapso	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4
Alteración hábito intestinal	1 (33,3%)	1 (33,3%)	3
Urgencia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3

Tabla 1. Análisis de casos en los que se había realizado exploración anal y tacto rectal por parte del médico de AP para cada motivo de consulta.

Los diagnósticos más frecuentes en AP fueron: hemorroides 199 (42,6%), fisura anal 59 (12,6%), rectorragia a estudio 54 (11,6%) y “sin diagnóstico” 41(8,8%). Mientras que los

diagnósticos más frecuentes en UCP fueron: hemorroides 188 (40,3%), fisura anal 97 (20,8%), “no patología” 34 (7,3%) y sinus pilonidal 23(4,9%).

Se evaluó la concordancia diagnóstica entre el médico de AP y el cirujano de la UCP. De forma global, en 222 pacientes coincidió el diagnóstico del médico de AP y el de UCP (concordancia 47,5%). Atendiendo al diagnóstico más frecuente, hemorroides, de los 199

pacientes remitidos por el médico de AP por esta patología, 119 (59,8%) fueron diagnosticados de hemorroides por el cirujano; 10 pacientes no presentaron patología (5%) y el resto fueron diagnosticados como fisura (43; 21,6%), miscelánea (5; 2,5%), pólipo/papila (5; 2,5%), proceso dermatológico (5; 2,5%), prolapso rectal (4; 2%), rectorragia a estudio (2; 1,0%), estreñimiento (2; 1,0%), fistula (2; 1,0%), incontinencia (1; 0,5%) y neoplasia de recto (1; 0,5%) (tabla 2).

Diagnóstico AP	Sin diagnóstico	Diagnóstico Cirujano UCP														Total		
		Condilomas	Estreñimiento	Fístula	Fisura	Hemorroides	Incontinencia	Miscelánea	Neo de recto	Papila /Pólipo anal	Proceso dermatológico	Proctalgia fugax	Prolapso rectal	Prurito anal idiopático	Rectorragia a estudio		Sinus pilonidal	No patología
	Sin diagnóstico	0 (0,0%)	1 (2,4%)	0 (0,0%)	5 (12,2%)	16 (39,0%)	0 (0,0%)	2 (4,9%)	2 (4,9%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)	2 (4,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (12,2%)	0 (0,0%)	6 (14,6%)	41 (100%)
	Fisura	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	35 (59,3%)	11 (18,6%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (5,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	6 (10,2%)	59 (100%)
	Hemorroides	0 (0,0%)	2 (1,0%)	2 (1,0%)	43 (21,6%)	119 (59,8%)	1 (0,5%)	5 (2,5%)	1 (0,5%)	5 (2,5%)	5 (2,5%)	0 (0,0%)	4 (2,0%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	0 (0,0%)	10 (5,0%)	199 (100%)
	Neo de recto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
	Rectorragia a estudio	0 (0,0%)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	8 (14,8%)	24 (44,4%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (22,2%)	0 (0,0%)	5 (9,3%)	54 (100%)
	Sinus pilonidal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (21,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (78,9%)	0 (0,0%)	19 (100%)	

TABLA 2. Concordancia entre el diagnóstico del médico de AP y el cirujano de la UCP (se presenta una tabla resumida para los diagnósticos más frecuentes)

En los dos diagnósticos más frecuentes, hemorroides y fisura anal, se calculó la sensibilidad y especificidad de los médicos de AP. Asimismo se evaluó la concordancia diagnóstica no debida al azar entre el médico de AP y el cirujano mediante el índice Kappa, de forma global y en función de si se había realizado o no exploración física y tacto rectal. Para el diagnóstico hemorroides, la sensibilidad fue 63,30% con IC 95% (56,14-70,45) y la especificidad 71,33% con IC 95%(65,84-76,81) (tabla 3).

Hemorroides diagnosticadas en AP		Hemorroides diagnosticadas en UCP		Total
		NO	SI	
Hemorroides diagnosticadas en AP	NO	199	69	268
	SI	80	119	199
Total		279	188	467

Tabla 3. Tabla de contingencia para el cálculo de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de hemorroides en AP (se toma como patrón de referencia el diagnóstico del cirujano de la UCP).

El índice Kappa fue 0,34 con IC 95% (0,26-0,43). El grado de concordancia cuando se realizó exploración anal fue de 0,43, frente a 0,23 cuando no se realizó (p=0,021). Y en el caso

del tacto rectal, el valor Kappa fue 0,32 cuando no se realizó y 0,39 cuando sí se realizó (p=0,38) (tabla 4).

	SI/NO	Kappa	Error Estándar	Ji-cuadrado	gl	Valor p
Exploración anal	NO	0,2310	0,0682	5,30	1	0,021
	SI	0,4341	0,0559			
Tacto rectal	NO	0,3155	0,0556	0,78	1	0,379
	SI	0,3945	0,0704			

Tabla 4. Cálculo del índice kappa de concordancia diagnóstica entre el médico de AP y el de UCP para el diagnóstico hemorroides en función de si se realizó exploración física y tacto rectal.

De forma análoga, en el diagnóstico fisura anal, segundo en frecuencia, la sensibilidad fue 36,08% con IC 95% (26,01-46,15) y la especificidad 93,51% con IC 95% (90,87-96,16) (tabla 5).

Fisuras diagnosticadas en AP		Fisuras diagnosticadas en UCP		Total
		NO	SI	
Fisuras diagnosticadas en AP	NO	346	62	408
	SI	24	35	59
Total		370	97	467

Tabla 5. Tabla de contingencia para el cálculo de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de fisura en AP (se toma como patrón de referencia el diagnóstico del cirujano de la UCP).

El índice Kappa fue 0,35 con IC95% (0,24-0,45). Este índice mejora de 0,15 a 0,44 cuando se realiza exploración anal ($p=0,008$) y de 0,24 a 0,45 cuando se realiza tacto rectal ($p=0,043$) (tabla 6).

	SI/NO	Kappa	Error Estandar	Ji-cuadrado	gl	Valor p
Exploración anal	NO	0,1507	0,0834	7,12	1	0,008
	SI	0,4364	0,0671			
Tacto rectal	NO	0,2352	0,0730	4,09	1	0,043
	SI	0,4520	0,0785			

Tabla 6. Cálculo del índice kappa de concordancia diagnóstica entre el médico de AP y el de UCP para el diagnóstico fisura anal en función de si se realizó exploración física y tacto rectal.

DISCUSIÓN

Muchas entidades proctológicas comparten síntomas similares, por lo que para alcanzar el diagnóstico y descartar la existencia de patología maligna subyacente, es necesario llevar a cabo una anamnesis detallada, así como una exploración física sistemática y minuciosa.

La anamnesis debe recoger los síntomas proctológicos, sus factores desencadenantes y su cronología, así como antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, radio-terapia pélvica, realización de colonoscopias previas con o sin resección de pólipos y antecedentes familiares de cáncer colorrectal (CCR). En cuanto a la exploración física, debe incluir inspección anal (en la que se describan lesiones macroscópicas tales como abscesos, hemorroides y lesiones cutáneas, así como su distancia al margen anal) y tacto rectal, que evaluará el esfínter anal y la función del suelo pélvico y permitirá detectar la presencia de masas en el canal anal o posibles estenosis postoperatorias².

La anoscopia es una herramienta útil y complementaria en la exploración proctológica. Aunque en nuestro medio se realiza generalmente en las UCP, es posible su realización en la consulta de AP; de hecho, la realización de anoscopias por parte de los médicos de AP ha

demostrado resultados satisfactorios.³ Se trata de una técnica sencilla, que requiere poco tiempo, no precisa preparación previa y no ocasiona grandes molestias al paciente. Permite visualizar el anodermo y la mucosa rectal y la evaluación de hemorroides internas, condilomas y neoplasias anales.

Dada la importancia de la exploración física en la patología proctológica, resulta especialmente llamativo que solo 55,7% de los pacientes derivados desde AP habían sido explorados y solo se había realizado tacto rectal a 36%.

Resultados similares se describen en trabajos previos realizados en nuestro país. En un estudio transversal prospectivo de 105 pacientes remitidos de AP a UCP, no se había realizado exploración anal a 44 pacientes (42%) y no se había realizado tacto rectal a 86 (82%)³.

En otro estudio retrospectivo, se constató que de 100 pacientes derivados de AP a UCP con diagnóstico de hemorroides, se había realizado tacto rectal en la consulta de AP al 26%. Este hecho se relacionó de forma estadísticamente significativa con la edad del médico de AP, siendo realizado tacto rectal por 33% de médicos menores de 50 años y por 4% de los mayores de 50 años ($p=0,004$)⁴.

El diagnóstico de la patología proctológica es principalmente clínico y en la mayoría de los casos el tratamiento será inicialmente conservador, de modo que gran parte de estos pacientes podrán ser diagnosticados y tratados en la consulta de AP^{5,6}. Sin embargo, la mayoría de pacientes (62,1%) fueron remitidos a UCP tras una única consulta en AP y por tanto sin seguimiento por su médico, iniciándose tratamiento solo en 33% de los casos.

En nuestro estudio, 163 pacientes consultaron por rectorragia. La frecuencia de rectorragia en las consultas de AP en Europa es de un 4-6 por 1.000 anual⁷.

La forma de presentación de un sangrado anorrectal en la consulta de AP será generalmente en forma de rectorragia y hema-toquécia. La presencia de melenas orienta a un origen proximal y un 10-15% de pacientes con

hematoquecia grave, tendrán una fuente digestiva alta⁸⁻¹⁰.

En todo paciente con rectorragia, está indicada la realización de exploración anal y tacto rectal^{10,11}. Sin embargo, de 163 pacientes que consultaron en nuestro estudio por rectorragia solo fueron explorados 77 (47,2%) y se realizó tacto rectal a 60 (36,8%).

Las hemorroides son la fuente anorrectal más común de rectorragia en AP¹¹. No obstante, estas pueden coincidir con más enfermedades del colon, como tumores y colitis¹².

En un estudio de 145 pacientes mayores de 40 años con rectorragia de menos de 6 meses, de 63 pacientes para los que el médico de AP había predicho una fuente anal de patología, 11 tenían una fuente cólica o rectal¹³.

En otro estudio de 223 pacientes adultos menores de 50 años remitidos para una colonoscopia por sangrado rectal no urgente, el hallazgo más frecuente fue hemorroides (60,5%). En 73% hemorroides fue el único hallazgo; en los demás pacientes, coincidió con adenomas, colitis y diverticulitis. Se detectaron 4 cánceres de recto y colon sigmoide y 22 adenomas.¹²

El valor predictivo de la rectorragia para los pólipos adenomatosos de recto y colon se estima del 3-8% en población general, 7-12% en las consultas de AP y del 8-32% en consultas especializadas¹⁴.

Muchos pacientes que se presentan con hematoquecia mínima ya tendrán indicaciones para la detección del cáncer de colon, pero no se habrán investigado¹⁵. En nuestro estudio se solicitaron pruebas complementarias a 38 pacientes (8,1%).

La sociedad estadounidense de endos-copia gastrointestinal (ASGE) recomienda la colonoscopia para la evaluación de la hematoquecia escasa intermitente crónica en pacientes mayores de 50 años y sugiere que una sigmoidoscopia flexible puede ser evaluación suficiente en pacientes más jóvenes sin signos de alarma (calidad de evidencia baja)¹⁶. Sin

embargo, hay que tener en cuenta que la incidencia de CCR está aumentando en las poblaciones de pacientes más jóvenes¹⁷⁻¹⁹.

La importancia de la patología proctológica reside no solo en su elevada prevalencia y la alteración en la calidad de vida que supone a los pacientes, sino en el retraso diagnóstico en caso de tumor anal o rectal. En nuestro estudio, de los 5 casos diagnosticados de cáncer de recto por el cirujano, dos fueron remitidos sin diagnóstico, 1 como hemorroides, 1 como tumor de recto y 1 como rectorragia a estudio.

Hemos constatado que la baja concordancia diagnóstica entre el médico de AP y de UCP mejora de forma estadísticamente significativa cuando se realiza inspección anal y tacto rectal, hecho también constatado en otros estudios^{4,5}

Las principales limitaciones del presente estudio son la metodología retrospectiva y su tamaño muestral. Sería necesario realizar nuevos estudios prospectivos, con mayor tamaño muestral, mayor tiempo de seguimiento y mayor diversidad poblacional.

Estimular el interés y reforzar la formación en proctología en AP podría contribuir a mejorar la atención a los pacientes con este tipo de sintomatología. Entre estas iniciativas formativas están los cursos dirigidos a AP, como los organizados en los últimos años por el Grupo Gallego de Coloproctología (GGCP) en todos los hospitales de Galicia.

CONFLICTO DE INTERESES

Declaraciones de conflictos de interés por los autores: ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casal E, Parajó A, eds. Manual GGCP de Proctología Para Atención Primaria. Santiago de Compostela: Ed. Campus na nube; 2019. ISBN 978-84-09-12526-5.
2. Ramos JL, Ciga MA, eds. Manual AEC de PROCTOLOGÍA Para Atención Primaria. Madrid: Ed. BATE Scientia Salus SL.; 2014. ISBN: 978-84-940277-6-5.
3. Martínez-Ramos D, Nomdedéu-Guinot J, Artero-Sempere R, et al. Estudio prospectivo

- para evaluar la precisión diagnóstica en enfermedad anal benigna en atención primaria. *Aten Primaria*. 2009;41(4): 207-212. doi:10.1016/j.aprim.2008.07.001.
4. Cases-Baldó MJ, Morales-Cuenca G, Campillo-Soto A, Pellicer-Franco E, Carrillo-Alcaraz A, Aguayo-Albasini JL. Uso y abuso del término hemorroides: Importancia de la exploración anal. *Aten Primaria*. 2010;42(8):445. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.031.
 5. Pfenninger J, Zainea GG. Common anorectal conditions: part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician*. 2001; 63:2391-8.
 6. Pfenninger J, Zainea GG. Common anorectal conditions: part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician*. 2001; 64:77-88.
 7. Fijten GH, Blijham GH, Knottnerus JA. Occurrence and clinical significance of overt blood loss per rectum in the general population and in medical practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:320-5.
 8. Farrell JJ, Friedman LS. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21:1281.
 9. Laine L, Shah A. Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding. *Am J Gastroenterol* 2010;105:2636-2641 quiz 2642
 10. Ordás I., Panes J. Rectorragia. *Asoc Española Gastroenterología*. Published online 2012:171-182.
 11. Strate LL. Lower GI bleeding: Epidemiology and diagnosis. *Gastroenterol Clin North Am*. 2005;34(4):643-664. doi:10.1016/j.gtc.2005.08.007.
 12. Wong RF, Khosla R, Moore JG, Kuwada SK. Consider colonoscopy for young patients with hematochezia. *J Fam Pract*. 2004; 53(11):879-884.
 13. Goulston KJ, Cook I, Dent OF. How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps? *Lancet* 1986; 2:261.
 14. Norrelund N, Norrelund H. Colorectal cancer and polyps in patients aged 40 years and over who consult a GP with rectal bleeding. *Fam Pract*. 1996;13:160-5.
 15. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):250-281. doi:10.3322/caac.21457.
 16. Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2014;79(6): 875-885. doi:10.1016/j.gie.2013.10.039
 17. Davis DM, Marcet JE, Frattini JC, Prather AD, Mateka JJ, Nfonsam VN. Is it time to lower the recommended screening age for colorectal cancer? *J Am Coll Surg*. 2011; 213: 352-61.
 18. Taggarshe D, Rehil N, Sharma S, Flynn JC, Damadi A. Colorectal cancer: are the "young" being overlooked? *Am. J Surg*. 2013; 205: 312-6.
 19. Kim J, Dobson B, Ng Liet Hing C, et al. Increasing rate of colorectal cancer in younger patients: a review of colonoscopy findings in patients under 50 at a tertiary institution. *ANZ J Surg*. Published online 2020:6-10. doi:10.1111/ans.16060.