	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		<i>Página 1</i>
AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025	VIGENCIA: 2030

Fecha: 20 agosto 2025

Elaborado por: Dra Silvia Briceño Méndez/Dra Andrea Brenes Quirós. Area Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Expertos: Dra Melissa Arias Quirós, gastroenteróloga. Hospital San Juan de Dios
Dr. Jorge Eduardo Vargas Madrigal. Gastroenterología. Hospital San Juan de Dios.
Dra. Daniela Hernández Castro. Gastroenterología. Hospital México

Revisado por: Dra. María José Valverde Valverde. Jefe Area Atención Integral a las Personas.
Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez. Directora Dirección Desarrollo de Servicios de Salud

Avalado por: Dr. Alexánder Sánchez Cabo, Gerencia Médica. Oficio GM-15839-2025
07 de octubre de 2025

Para: Médicos generales y médicos especialistas de la Caja Costarricense de Seguro social

Relación con normativa vigente


- Plan Estratégico Institucional 2023-2033
- Plan para la Atención Oportuna de las Personas. 2017.
- Gerencia Médica. Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Guías de criterios de referencia del I al II nivel de atención. 2019.
- Metodología de cálculo de tiempos de espera razonable para la Lista de espera de la CCSS. 2024.
- Acuerdos de la Junta Directiva de la CCSS en Artículo 47 de la sesión N°9337 del 22 de mayo del 2023.
- Lineamiento operativo reglamento para la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas del 14 de junio 2024
- Oficio GM-7534-2025. Instrucción para la conformación y operación de equipos de gestión de alto desempeño para la atención oportuna en salud durante el año 2025.

Titulo

Lineamiento Técnico de referencia y contrarreferencia para la admisibilidad y priorización de gastroscopías y colonoscopías a Gastroenterología, en la lista de atención oportuna en salud. CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

Objetivos

Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia de la realización de gastroscopías y

	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>		<p align="right">Página 2</p>
<p>AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS</p>	<p>CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025</p>	<p>VIGENCIA: 2030</p>

colonoscopías diagnósticas por la especialidad de gastroenterología, para garantizar la atención oportuna, eficiente y centrada en la persona, en el marco de las redes integradas de servicios de salud.

Justificación


Actualmente nuestra institución se enfrenta a grandes retos para brindar sus servicios a la población costarricense según las responsabilidades constitucionales establecidas. En el ámbito de la prestación de servicios de salud, el ejercicio de la planificación institucional busca desarrollar servicios de calidad y que sean costos efectivos, manteniendo siempre como imagen objetivo los principios fundamentales de la Seguridad Social.

Lo anterior se encuentra contenido en el Plan Estratégico Institucional Eje Estratégico 1 “Salud, bienestar y protección económica-social centrado en las personas”, Objetivo Estratégico 1: Reducir la carga de la enfermedad a través de la implementación integral y efectiva de la atención primaria en salud, la consolidación del primer nivel de atención y de las redes integradas de prestación de servicios de salud con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y su acceso a los servicios de salud”; específicamente en las línea estratégicas: 1.a Reforzamiento de la atención integral de la salud mental, enfermedades crónicas y cardiovasculares y cáncer, asegurando el tratamiento de forma oportuna, con calidad y accesible a la población a fin de generar una disminución en la carga de la enfermedad, y también la línea estratégica 1.h Consolidar un modelo de atención en red mediante la implementación de las de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, con el propósito de potenciar la atención integral por nivel de complejidad promoviendo la ejecución de intervenciones articuladas que fomenten la salud, prevengan el deterioro funcional y mejoren la calidad de vida de las personas. (CCSS; 2023)

Asimismo, resulta preponderante para la Institución que dicho proceso se encuentre permeado por el centro de interés y razón de ser: *las personas*. Es así, que el enfoque centrado en la persona cobra un valor fundamental, ya que “*procura equidad en el acceso y uso de los servicios (...) considerando la edad, sexo, etnia, idioma, lugar de procedencia o residencia, preferencias (política o religiosa), orientación sexual, nivel educativo, ocupación, ingresos y su condición (económica, social, cultural o ambiental). Los elementos relacionados a género e interculturalidad reciben énfasis particular (CCSS; 2016. p.15).*

Ante esta necesidad se decide a nivel gerencial desarrollar documentos de normalización que definan los criterios de referencia a las diferentes especialidades médicas que se brindan en los establecimientos de los diferentes niveles de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

Este lineamiento sustituye y deja sin efecto al Lineamiento Técnico Criterios de Referencia y

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>		<p style="text-align: right;">Página 3</p>
<p>AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS</p>	<p>CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025</p>	<p>VIGENCIA: 2030</p>

Contrarreferencia del I Nivel de Atención a Gastroenterología CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-06052021

Fundamentación del lineamiento

La atención de las personas a lo largo de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud requiere procesos bien definidos para brindar atención en salud; el Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud menciona como parte de su estrategia 4. “Mejorar la gestión y aumentar la capacidad resolutive de los establecimientos” a través del *“Fortalecimiento la capacidad resolutive de los establecimientos, en respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población a su cargo, definiendo y consolidando servicios altamente resolutivos y preferiblemente ambulatorios”* (CCSS; 2019)

Una vez determinado por clínico tratante la necesidad de un bordaje por una especialidad específica se debe elaborar una referencia que puede ser tanto interna como externa.


La referencia tiene como objetivo informar a los profesionales de salud del centro de referencia las razones que motivaron el traslado del paciente (caso) y de lo actuado en el establecimiento o área de salud que lo refirió (CCSS, 2018)

El flujo de la atención de las personas se realiza siguiendo un proceso de referencia y contrarreferencia. Esta última se define como la referencia emitida por el profesional en salud que realizó la valoración del usuario con el propósito de que el establecimiento o área de salud que refirió al paciente conozca de lo actuado por éste y pueda continuar su proceso de atención en ese nivel de origen, ya sea por alta o por un proceso de derivación por parte del profesional en salud. Es un instrumento de comunicación entre el personal de salud para brindarle mayor integralidad a la atención de los pacientes (CCSS, 2018).

La referencia tiene como objetivo informar a los profesionales de salud del centro de referencia las razones que motivaron el traslado del paciente (caso) y de lo actuado en el establecimiento o área de salud que lo refirió. (CCSS, 2018).

La Contrarreferencia es la referencia emitida por el profesional en salud que realizó la valoración del usuario con el propósito de que el establecimiento o área de salud que refirió al paciente conozca de lo actuado por éste y pueda continuar su proceso de atención en ese nivel de origen, ya sea por alta o por un proceso de derivación por parte del profesional en salud. Es un instrumento de comunicación entre el personal de salud para brindarle mayor integralidad a la atención de los pacientes. (CCSS, 2018).

La endoscopia superior e inferior del sistema digestivo puede tener objetivos diagnósticos, procedimentales y terapéuticos. Los estudios endoscópicos buscan complementar la información clínica, su uso desmedido genera un aumento en los costos financieros, provoca ansiedad en los pacientes, subestima la importancia del examen clínico, satura los laboratorios y servicios, y puede retrasar diagnósticos cuando la evidencia clínica sería suficiente. (Gabriele, 2024).

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>		<p style="text-align: right;">Página 4</p>
<p>AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS</p>	<p>CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025</p>	<p>VIGENCIA: 2030</p>

Descripción del Lineamiento:

1. Este documento de normalización es de acatamiento obligatorio.
2. Queda excluidas de este lineamiento las personas menores de trece años, las mujeres gestantes y las personas en estado de encamamiento prolongado.
3. Desde el enfoque centrado en la persona, en los casos de personas vulnerables e indígenas se deben valorar y contemplar consideraciones en el proceso de referencia y contra referencia como:
 - Variable Etnia- Indígena: registrarla desde la adscripción en el EDUS e indicar que la persona es indígena tanto en la referencia como en la contra referencia, esto, como determinante sociocultural marcador de diferencias en comportamiento, necesidades y oportunidades en la atención de la salud de estas personas.
 - Idioma: considerar si en la persona prevalece el indígena autóctono, para solicitar a un familiar o miembro de la comunidad apoyo en la traducción a lo largo de todo el proceso.
 - Acceso geográfico: considerar en los servicios de salud, el traslado de estas personas, ya que determina su regularidad a la consulta y cumplimiento de requisitos (presentación de documentos, realización de exámenes de gabinete, etc.). Cerciorarse de la factibilidad de traslado terrestre o aéreo, de la persona indígena y acompañante y aplicar la normativa vigente para hacerlo efectivo.
4. La contrarreferencia es parte imprescindible de proceso de atención a las personas, y debe contemplar como mínimo los siguientes aspectos:
 - a) El/los diagnósticos establecidos luego del abordaje del especialista
 - b) Tratamiento farmacológico detallado o bien abordaje quirúrgico realizado.
 - c) Anotar en caso necesario si se remitió a otras disciplinas o especialidades.
 - d) Si la persona continua o no en la especialidad y en qué condiciones debe referirse nuevamente. Es decir, anotar el plan de seguimiento de la persona con respecto a la continuidad de la atención en la especialidad o bien su alta.

Realizar la contrarreferencia es importante para brindar una atención integral, integrada y continua en la red de servicios de salud.

Es un derecho contenido en la Ley número 8239, "Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados", en su artículo 2º, llamado "Derechos", indica que los pacientes tienen entre otros, derecho a: "e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas."

5. No debe referirse a gastroenterología personas con:
 - a) Síndrome Digestivo Irritable: El síndrome de intestino irritable es un trastorno



funcional crónico, de excelente pronóstico y cuyo diagnóstico es clínico. Se define como la presencia de dolor o discomfort abdominal que se presenta como mínimo, 1 día a la semana durante los últimos 3 meses y se encuentra asociado con alguno de los siguientes factores: el malestar alivia con la defecación o se asocia a alteración en la frecuencia o en la consistencia de las heces. NO se requiere de colonoscopia para el diagnóstico del síndrome de digestivo irritable a no ser que se asocie con factores de alarma tales como la presencia de sangre oculta en heces, anemia u otro signo objetivo de organicidad. El tratamiento del síndrome de intestino irritable es mediante el control de factores desencadenantes, tanto dietéticos como emocionales. Es un trastorno crónico por lo cual la persistencia de síntomas NO es signo de organicidad. NO tiene ningún tratamiento particular y NO requiere control en la especialidad de Gastroenterología.


- b) La enfermedad diverticular es un cambio anatómico que se genera en la pared colónica de etiología multifactorial asociado a predisposición genética, envejecimiento y dieta baja en fibra. Estos cambios morfológicos son crónicos y no tienen relación con malignidad. Su manejo es mediante el suplemento de fibra. La enfermedad diverticular NO es indicación para realización de colonoscopia y NO requiere control en Gastroenterología.
- c) Desórdenes de origen funcional secundarios a factores psicosociales, motilidad intestinal y alteración de la sensibilidad intestinal.
- d) Hernia Hiatal: si es mayor de 5 cm referirse a Cirugía General.
- e) Ingesta de cáusticos
- f) Masa epigástrica
- g) Hemorroides
- h) Pancreatitis de origen biliar
- i) Referencias a consulta externa por pérdida de peso o estudios por anemia NO serán recibidas ya que en primera instancia se deben descartar causas no gastrointestinales las cuales son más frecuentes.
- j) Constipación sin signos de alarma

6. Toda referencia a gastroenterología debe incluir:

- Nombre del centro de procedencia.
- Nombre del médico que refiere y fecha.
- Edad del usuario.
- Antecedentes patológicos y no patológicos.
- Sintomatología con tiempo de evolución.
- Tratamiento recibido.
- Examen físico completo dirigido.
- Laboratorios.
- Estudios de gabinete solicitados según patología.
- Copia actualizada de exámenes de laboratorio. para estudio por hepatopatía no mayores a 6 meses, química sanguínea y hemograma de no más de 3 meses.

7. Se consideran como criterios de prioridad:

- a) **Urgente:** el usuario será remitido a Emergencias.
- b) **Prioridad Grado 1:** Cita con prioridad mayor.

	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>		<p align="right">Página 6</p>
<p>AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS</p>	<p>CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025</p>	<p>VIGENCIA: 2030</p>

- c) **Prioridad Grado 2:** Cita con prioridad intermedia.
- d) **Prioridad Grado 3:** Cita a consulta externa a cupo.

En oficio GM-7534-2025 del 20 de mayo de 2025 se comunicó la creación de los Equipos de Gestión de Alto Desempeño para la Atención Oportuna en Salud con el objetivo de fortalecer los mecanismos de gestión de las listas de espera. En el caso de las personas en espera con gastroscopías y colonoscopías diagnósticas del año 2017 al 2023, su atención se centrará en el nodo (equipo) del servicio de Gastroenterología del Hospital San Juan de Dios. Los casos con fecha de ingreso a la lista de espera posterior se atenderán hasta concluir la atención del primer grupo.

8. Referir a los servicios de emergencias según red de servicios los casos urgentes:
- a) Patología esofágica aguda: cuerpo extraño en esófago, esofagitis infecciosa, esofagitis herpética, esofagitis por citomegalovirus, esofagitis eosinofílica, esofagitis medicamentosa, perforación esofágica.
 - b) Sangrado digestivo alto.
 - c) Sangrado digestivo bajo.
 - d) Dolor abdominal agudo.
 - e) Gastroenteritis aguda.
 - f) Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - g) Obstrucción intestinal.
 - h) Pancreatitis aguda.
 - i) Encefalopatía hepática.
 - j) Ascitis: debe ser referida al servicio de emergencias en caso de ascitis grado 3 (severa), pacientes con otros grados deben referirse a la consulta externa de gastroenterología con prioridad.
 - k) Procesos agudos de la región anorrectal: crisis hemorroidal, trombosis hemorroidal, absceso anorrectal, fistula anal, fisura anal, sinus pilonidal.


La endoscopia superior e inferior del sistema digestivo puede tener objetivos diagnósticos, procedimentales y terapéuticos. Para la solicitud de gastroscopías se debe utilizar lo establecido en los anexos 1, 2 y 3, para la referencia de colonoscopia se aplicará lo indicado en el 4.

Los requerimientos para la prescripción de los estudios endoscópicos deben cumplirse para optimizar los recursos institucionales. Un estudio endoscópico de alta calidad garantiza al paciente un procedimiento seguro y con grandes posibilidades de éxito en cuanto a confirmar o descartar diagnósticos correctos y clínicamente relevantes. (Fernández-Esparrach, 2020)

Acatamiento

Directores Médicos y Coordinadores de Áreas de Salud
Profesional Médico tratante del I Nivel de Atención

Nota preventiva: Se previene que el contenido de este documento normativo es el resultado de un proceso de estudio, análisis y validación técnica a cargo de profesionales de diferentes disciplinas con base en la evidencia científica y las normativas institucionales vigentes,

	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>		<p align="right">Página 7</p>
<p>ÁREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS</p>	<p>CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025</p>	<p>VIGENCIA: 2030</p>

respetando los principios de la Ley General de la Administración Pública N° 6227 y siguiendo un metodología que requiere para su implementación la aprobación y aval de la Gerencia Médica y a partir de que se cumple con este requerimiento, los documentos normativos son de acatamiento obligatorio y por lo tanto no es posible modificar o ajustar ningún apartado o su contenido a efectos de garantizar la seguridad y calidad de la atención a las personas. Para realizar cambios, antes de cumplirse el plazo de vigencia, en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, se inicia un proceso para valorar la necesidad de generar una nueva versión, respetando la metodología definida según el tipo de documento normativo de que se trate. Este material se debe usar con responsabilidad y ante cualquier duda sobre su implementación, se debe consultar o solicitar orientación al equipo elaborador indicado en este documento

Responsable de verificar el cumplimiento

Directores de Áreas de Salud
Dirección de Red de Servicios de Salud

Monitoreo y evaluación

Según el mecanismo de monitoreo y evaluación, el equipo del Nodo de Gastroscopías y Colonoscopías clínicas deberá enviar un informe trimestral a la UTLE con el avance en la gestión, y un informe final a la Gerencia Médica en los primeros 15 días del mes de enero del 2026, que se presentará en conjunto con la UTLE. Para el seguimiento en otros centros se podrá utilizar la información que se genera del cubo de procedimientos de SIES.

Contacto para consultas


Área de Atención Integral a las Personas
Correo electrónico: corraaip@ccss.sa.cr
El documento estará disponible para consulta en

Acceso al documento

Este documento está disponible para consulta en el Repositorio del BINASSS, accesible a través del enlace www.binasss.sa.cr

Referencias

1. Caja Costarricense de Seguro Social (2016). "Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud-Propuesta Ajustada a la Prueba de Campo". San José, Costa Rica: CCSS.
2. Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). Plan Estratégicos Institucional. 2023-2033. San José

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		<i>Página 8</i>
AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025	VIGENCIA: 2030

3. Caja Costarricense de Seguro Social (2019) Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.
4. Caja Costarricense de Seguro Social (2018). GM-UTLE-CPE-14718-2018 Guía para la Gestión de los servicios de consulta externa. Gerencia Médica. San José
5. Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Guías de criterio de referencia del I al II nivel de atención.2019
6. Caja Costarricense de Seguro Social (2019). Circular GM-MDE-0381-2019. Registro de Variable Etnia-Indígena con carácter de obligatoriedad.
7. Caja Costarricense de Seguro Social (2019). Criterios de Referencia Actualizados de Gastroenterología.
8. Fernández-Esparrach, G., & Córdova, H. (2020). Estándares de calidad en Endoscopia Digestiva Alta. Acta Gastroenterológica Latinoamericana, 50(4).
9. Gabriele, D., & Bulgareli, J. V. (2024). Sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta: causas e consequências para o sistema de saúde: uma revisão integrativa. J Manag Prim Health Care, 16(Esp), e010. <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1415/1209>
10. Jiménez, L., Montero, F. (2017) Compendio de Medicina de Urgencias. Guía terapéutica de bolsillo. 4º edición. Elsevier. España. pp 152-187

Anexos

Anexo 1 Referir a gastroscopía de rutina

Patología	Criterio de Referencia	Prioridad	Requisitos y exámenes previos	Observaciones
Pirosis/ Reflujo (K21 Enfermedad por reflujo gastroesofágico)	Ardor/quemadura retro esternal	No amerita (ver excepciones)	No amerita	<p>a. NO requieren endoscopia a no ser que presenten signos de alarma (FIT) o sean personas mayores de 50 años.</p> <p>b. Signos de alarma: pérdida de peso, vómitos incoercibles objetivado por la presencia de anemia, hipoalbuminemia, trastorno hidroelectrolítico, o presencia de sangre oculta en heces. antirreflejo.</p> <p>c. En caso de que se realice gastroscopia: Si se documenta esofagitis erosiva grado A o B, NO se requiere repetir la misma, el paciente solamente requiere manejo médico.</p>



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

				<p>Si se documenta esofagitis erosiva grado C o D, debe realizarse un control endoscópico anual</p> <p>El ERGE es un padecimiento crónico que NO requiere control especializado en gastroenterología y puede continuarse su manejo en atención primaria.</p>
Disfagia (R13 Disfagia)	Dificultad al paso de alimentos por el esófago.	Gastroscopia por Consulta externa	Si se refiere aportar esofagograma, que documente una estrechez orgánica o alteración de la motilidad esofágica.	Ser mayor de 50 años o al menos uno de los siguientes síntomas de alarma (los cuales deben ser anotados en la referencia): pérdida de peso cuantificada sin otra causa que la explique y objetivado por la presencia de anemia o hipoalbuminemia.
Síndrome Dispéptico (K30 Dispepsia)	Disconfort abdominal alto, inespecífico, epigastralgia, distensión abdominal. La gran mayoría se debe a trastorno funcional y NO requieren gastroscopia. Es un trastorno crónico cuyo tratamiento es, mediante el control de factores desencadenantes dietéticos y control de stress emocional. No requieren control en la especialidad de Gastroenterología. El médico de atención primaria	Criterio de Prioridad: Grado 3 Gastroscopia por Consulta externa	No amerita	Edad mayor de 50 años y presencia de signos de alarma: presencia de estudio por sangre oculta positivo, pérdida de peso objetivada por hipoalbuminemia o presencia de masa epigástrica en un estudio de imagen. Si se realiza gastroscopia y esta es normal, descarta patología orgánica y confirma el diagnóstico dispepsia funcional cuyo manejo es en atención primaria.



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

	les debe solicitar antígeno en heces para H. pylori y si este es positivo darles tratamiento con terapia triple de erradicación. Puede prescribirse completando un formulario LOM			
Síndrome Ulceroso Gástrico/ Duodenal (K28.9 Úlcera gastroyeyunal, no especificada como aguda ni como crónica, sin hemorragia ni perforación)	Manifestado por dolor epigástrico tipo urente que se puede o no aliviar con los alimentos. El médico de atención primaria debe solicitarle estudio por H. pylori. La gran mayoría se debe a trastorno funcional y por lo tanto NO requieren gastroscopia.	Criterio de Prioridad: según caso En caso necesario consultar al servicio	No amerita	Son indicaciones de gastroscopías edad mayor de 50 años y presencia de signos de alarma: como estudio por sangre oculta positivo, pérdida de peso objetivada por hipoalbuminemia o la presencia de masa epigástrica en un estudio de imagen. Si se realiza gastroscopia, el control dependerá del resultado: Gastroscopia normal indica dispepsia funcional, descarta patología orgánica y no requiere control en gastroenterología, su manejo es de Atención Primaria. Úlcera duodenal requiere tratamiento con omeprazol por 4 semanas y tratamiento para H. pylori. Recomendable suspender el uso de AINES. Gastroscopia control luego de 3 meses de terminado el tratamiento,
Pérdida de peso en Estudio	NO requiere gastroscopia a no ser que tenga estudio de imagen (ultrasonido de abdomen o	Criterio de Prioridad: según caso, consultar al servicio	No amerita	Solicitar estudios de laboratorio Hemograma completo; TP-TPT y plaquetas, HIV, pruebas de función tiroidea y glicemia. Si es necesario



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

	tomografía) que documente engrosamiento de paredes gástricas o la presencia de sangre oculta en heces			complementar con otros estudios. Solicitar valoración por medicina Interna.
Síndrome Anémico crónico o anemia megaloblástica	Anemia microcítica hipocrómica o megaloblástica en ausencia de sangrado visible.	Criterio de Prioridad: Grado 3 Gastroscoopia por Consulta externa prioridad	Estudio por sangre oculta en heces (FIT o guayaco) positivo el cual se debe de adjuntar a la referencia. Anotar los resultados del hemograma completo que incluyan VCM y CHCM, así como índices férricos y niveles de vitamina V12	
Control de Displasia leve	Displasia leve	Criterio de Prioridad: Grado 3, Gastroscoopia por Consulta externa	Aportar reporte de endoscopia y de biopsia previa.	Tratamiento médico con control endoscópico al año.
Gastritis crónica con metaplasia intestinal (K29.5 Gastritis crónica no especificada)	Enviar con biopsia previa y con reporte endoscópico previo	Criterio de Prioridad: según caso En caso necesario consultar al servicio	Adjuntar a la referencia el resultado de la gastroscoopia previa y biopsia. Adjuntar reporte de antígeno por h. pylori y si este es positivo dar tratamiento.	Seguimiento con gastroscoopia: Gastritis Atrófica y Metaplasia intestinal: cada 5 años en mayores de 50 años. Displasia de bajo grado cada año. Displasia de alto grado: resecarla y control en 6 meses.
Gastritis crónica sin metaplasia intestinal K29.70 Gastritis, no especificada, sin hemorragia)	No requiere control endoscópico.	N/A	No amerita	
Sangre oculta (+) (R19.5 Otras alteraciones fecales))	Detección de sangre oculta (+) en heces	Criterio de Prioridad: Grado 2 Gastroscoopia por Consulta externa	Adjuntar a la referencia el resultado del Guayaco/FIT y anotarse adicionalmente el resultado de	Complementar con gastroscoopia Referir a Consulta Externa para colonoscopia.




AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

			hemograma completo, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, así como si tiene algún estudio endoscópico previo.	
Antecedente heredofamiliar Ca Gástrico 1er grado (padres y hermanos)	Historia clínica familiar positiva y mayores de 50 años	Criterio de Prioridad: Grado 3 Gastroscopia por Consulta externa	No amerita	El médico de atención primaria debe solicitar antígeno en heces para H. pylori y si este es positivo darle tratamiento y verificar su erradicación posterior al tratamiento. Se realiza el primer control endoscópico a los 50 años y si este es normal el siguiente control endoscópico a los 5 años. En caso de documentarse atrofia, metaplasia o displasia se continuará el control según las guías expuestas previamente.
Paciente con Hernia Hiatal (Hernia de hiato Q40.1)	Diagnóstico por endoscopia previa o esofagograma	Criterio de Prioridad: Grado 3, Gastroscopia por Consulta externa	No amerita	NO requieren endoscopia a no ser que presenten signos de alarma (FIT) o sean mayores de 50 años. Signos de alarma: pérdida de peso, vómitos incoercibles objetivado por la presencia de anemia, hipoalbuminemia o trastorno hidroelectrolítico o presencia de sangre oculta en heces. En caso de que se realice gastroscopia: Si se documenta esofagitis erosiva grado A o B, NO se requiere repetir la misma, el paciente solamente requiere manejo médico.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		<i>Página 13</i>
AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025	VIGENCIA: 2030

				<p>Si se documenta esofagitis erosiva grado C o D, debe realizarse un control endoscópico anual.</p> <p>El ERGE es un padecimiento crónico que NO requiere control especializado en gastroenterología y puede continuarse su manejo en atención primaria.</p>
--	--	--	--	---

Anexo 2. Referir a gastroscopía urgente

Patología	Criterio de Referencia	Prioridad	Requisitos y exámenes previos	Observaciones
Ingesta de cáusticos dentro de las primeras 24 horas (T39.1X2A Envenenamiento por derivados de 4-aminofenol, autolesión intencionada, contacto inicial)	Ingesta Álcalis o Ácidos Fuertes	Criterio de Prioridad: Urgente	No amerita	Referir al servicio de emergencias
Masa epigástrica palpable o evidencia por US/TAC (Tumefacción, masa o prominencia intrabdominal y pélvica: R19.0)	Masa epigástrica sea palpable o diagnóstico por US/TAC Exploración física de masa palpable o hallazgo por estudios	Criterio de Prioridad: Grado 1	Estudio de imagen que documente un engrosamiento de la pared gástrica Estudio de sangre oculta en heces positivo Anotar los resultados de laboratorios que incluyan hemograma, pruebas de función hepática, albúmina y marcadores tumorales.	Manejo por oncología médica y o quirúrgica. Debe enviarse en ayunas La referencia debe ir acompañada del estudio de imagen que documento un engrosamiento de la pared gástrica La historia clínica debe constatar la presencia de síntomas de alarma como pérdida de peso, datos de síndrome pilórico e hiporexia.
Hematemesis	Vomito de	Criterio de	No amerita	Referir siempre al



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

(K92.0 Hematemesis)	sangre roja rutilante o en broza de café por historia clínica o presencial	Prioridad: Urgente		servicio de emergencias
Síndrome Pilórico	Vomito postprandial tardío, pérdida de peso	Criterio de Prioridad: Urgente	No amerita	Referir siempre al servicio de emergencias.
Melena (K92.1 Melena)	Deposiciones negras T. Rectal (positivo) por heces color negro-carbón característica	Criterio de Prioridad: Urgencia	Hemograma, tiempos de coagulación y pruebas de función hepática. tratamiento.	Referir siempre al servicio de emergencias. Estabilizar al paciente hemodinámicamente previo al estudio endoscópico mediante la resucitación con volumen, transfusión de hemoderivados y uso de inotrópicos de ser necesario. Realizar lavado gástrico que documente la presencia de sangrado previo a la solicitud de la gastroscopia. Valorar por el personal de emergencias la protección de la vía aérea previo a la gastroscopia en el caso de sangrado digestivo masivo o alteración del estado de conciencia del paciente. En caso de documentarse la presencia de sangrado en el lavado gástrico, colocar tratamiento. En caso de que no se documente sangrado en el lavado gástrico, no se evidencie melena y los niveles de hemoglobina sean normales, el paciente puede ser manejado ambulatoriamente sin necesidad de gastroscopia. Se le prescribe tratamiento



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

				y es referido a atención primaria para que se le realice antígeno por H. pylori en heces. (este debe ser realizado luego de terminado el tratamiento con omeprazol). En caso de ser positivo por H. pylori, el médico de atención primaria le debe prescribir tratamiento de erradicación y corroborar la erradicación de este al final del tratamiento.
Síndrome anémico agudo (D64.9 Anemia, no especificada)	Caída brusca de hemoglobina acompañada hematemesis y melena, hematoquecia	Criterio de Prioridad: Urgente	No amerita	Referir al servicio de emergencias.
Control displasia alto grado	Antecedente displasia alto grado	Criterio de Prioridad: Grado 2	Adjuntar reporte de biopsia	Referir para resección endoscópica en forma prioritaria.
Cuerpo extraño en esófago T19 Cuerpo extraño en tubo digestivo)	Ingesta accidental o voluntaria de cuerpo extraño, con sialorrea disfagia	Criterio de Prioridad: Grado Urgente	Estudios Rx	Referir siempre al servicio de emergencias Debe enviarse NVO

Anexo 3 Consideraciones para Referir a consulta externa

Patología	Criterio de Referencia	Prioridad	Requisitos exámenes previos	Observaciones
Reflujo gastroesofágico con o sin esófago de Barret (K21 Enfermedad por reflujo gastroesofágico)	Presencia de pirosis u otro síntoma de reflujo. Debe tener Gastroscopía previa con o sin biopsia.	Criterio de prioridad: Grado 3 consulta externa a cupo	Gastroscopía y Biopsia	No requiere control en consulta externa de gastroenterología solo seguimiento por endoscopia con la siguiente periodicidad: Sin displasia asociada cada 5 años. Con displasia de bajo grado cada 3 años. Con displasia de alto



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

				grado: realizar ablación o control anual
Úlcera Gástrica-Duodenal	-Lesión ulcerativa de la mucosa gástrica o duodenal -Endoscopia alta con diagnóstico reciente de Úlcera	Consulta externa a cupo.	Aportar reporte de endoscopia previa	No requiere control en consulta externa de gastroenterología. Úlcera duodenal requiere tratamiento por 4 semanas y tratamiento para H. pylori. Recomendable suspender el uso de AINES Úlcera gástrica requiere tratamiento por 8 semanas seguido de tratamiento de h. pylori y gastroscopia control luego de 3 meses de terminado el tratamiento.
Displasia Gástrica	Diagnosticada por biopsia. Reporte de Gastroscopia y Biopsia Displasia Alto Grado Referir al 3 nivel	Displasia alto Grado Criterio de Prioridad: Grado 2 Bajo grado Control en I o II Nivel	Aportar reporte de Biopsia	Referir a Consulta Externa gastroenterología
Serología (+) por virus B o C (B18.2 Hepatitis viral tipo C crónica B18.1 Hepatitis viral tipo B crónica, sin agente delta)	Serología positiva por hepatitis B o C	Criterio de Prioridad: Grado 3 Consulta externa a cupo	Serología completa por hepatitis B (HBs ag, anti HBs, anti HBe, anti HBe ag), serología por hepatitis C (anti HVC) y serología por VIH. Hemograma, pruebas de función hepática que incluyan proteínas totales y fraccionadas pruebas de función renal, coagulación y glicemia	Referir a Consulta externa de gastroenterología
Hígado Graso	Únicamente si FIB 4 de alto riesgo	Criterio de Prioridad:	Hemograma, pruebas de	La elevación leve de transaminasas,



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

K70.0Hígado graso alcohólico)	<p>(mayor a 2.67) Si el FIB 4 es intermedio (1.3 - 2.67 en \leq 65 años, ó 2- 2.67 en $>$65 años): realizar pruebas adicionales (ultrasonido, elastografía, analítica hepática, etc.). Si no hay datos sospechosos de fibrosis avanzada o cirrosis, se propone manejo intensificado de los factores de riesgo cardiometabólicos durante un año y reevaluar. Si presenta Fib 4 en rango intermedio y además presenta hallazgos imagenológicos sugestivos de cirrosis, rigidez por elastografía $>$9.5kPA o analítica alterada (plaquetas $<$150, AST o ALT $>$80), referir a Gastroenterología o especialidades de apoyo según disponibilidad de su área de atracción. Si es bajo ($<$1.3 en</p>	Grado 3 Consulta externa a cupo	coagulación, glicemia, perfil lipídico, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, serologías por virus de hepatitis B y C. Anotar en la referencia, si el paciente tiene antecedente de etilismo, si es obeso (indicar IMC) o si es diabético.	Fosfatasa alcalina o GGT debe estudiarse en primera instancia en atención primaria. La gran mayoría de casos corresponde a esteatohepatitis no alcohólica secundaria a síndrome metabólico/obesidad. La esteatohepatitis no alcohólica no tiene un tratamiento específico, más que el control de factores asociados al síndrome metabólico principalmente pérdida de peso, control de dislipidemia y de diabetes. Referir la alteración de pruebas de funcionamiento hepático cuando exista persistencia a pesar de la pérdida del 10% del peso corporal total y se haya suspendido el consumo de alcohol. El manejo del hígado graso es mediante pérdida de peso (se recomienda perder el 10% del peso corporal total)
--	--	---------------------------------	--	---




AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

	<p>≤ 65 años, ó < 2,0 en >65 años): repetir en 1-3 años y reevaluar según hallazgos, siguiendo el algoritmo. ultrasonográfico de hepatomegalia o esteatosis hepática en pacientes con pruebas de función hepática normal NO constituye un criterio de referencia a gastroenterología.</p>			
<p>Hepatitis aguda (K72 Hepatitis aguda o subaguda)</p>	<p>Definido por cuadro agudo de ictericia asociado a aumento severo de transaminasas</p>	<p>Criterio de Prioridad: Gastroenterología Criterio de Prioridad: Grado 1</p>	<p>Si no cumple criterios para manejo en emergencias, referir a consulta externa de gastroenterología con los siguientes estudios: hemograma, tiempos de coagulación, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y serologías por hepatitis A, B y C.</p>	<p>Personas con intolerancia a la vía oral, coagulopatía, hipoglicemia, compromiso al estado general o alteración del sensorio deberán ser referidos a emergencias. Es importante recordar que el manejo de la hepatitis A aguda es de soporte y en el 95% de los casos es autolimitado.</p>
<p>Hepatopatía crónica (K72.90 Insuficiencia hepática, no especificada, sin coma)</p>	<p>Enfermedad crónica del Hígado Historia Clínica y exploración orientada a hepatopatía crónica con algún hallazgo de laboratorio y/o gabinete.</p>	<p>Criterio de Prioridad: Grado 3 Consulta externa a cupo</p>	<p>Anotar si el paciente tiene antecedente de etilismo, si es obeso (indicar IMC) o si es diabético. Hemograma, pruebas de coagulación, glicemia, perfil lipídico, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, serologías por</p>	<p>Pacientes con estadio Child A secundario a esteatohepatitis no alcohólica o a etiología etílica NO requieren control en gastroenterología. Su manejo es mediante el control de noxas específicamente evitar el consumo de alcohol y un control metabólico estricto del peso y diabetes.</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		<i>Página 19</i>
AREA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025	VIGENCIA: 2030

			virus de hepatitis B y C. Indicar estadio según la clasificación de Child Pugh y el score de MELD.	
--	--	--	---	--

Anexo 4. Referir a colonoscopia

Patología	Criterio de Referencia	Prioridad	Requisitos y exámenes previos	Observaciones
Antecedente heredofamiliar de Ca de Colon	Solo para parientes de 1er grado Inicio de estudio 10 años previos a la edad de presentación de la enfermedad en el familiar o a partir de los 40 años.	Criterio de Prioridad: Grado 3 colonoscopia por consulta externa a cupo	1. Hemograma completo 2. Sangre oculta positiva 3. Reporte previo Colon enema si se dispone	Solo para parientes de 1er grado
Adultos con rectorragia masiva (K62.5 Hemorragia de ano y recto)	Rectorragia masiva	Criterio de Prioridad: Urgente	Hemograma completo 2. TP-TPT -Plaquetas	Referir siempre al servicio de emergencias
Alteración de estudio de colon Enema	Los siguientes hallazgos en el colon por enema son cambios anatómicos o relacionados con el envejecimiento y NO son indicaciones de colonoscopia: • Colon espástico • Diverticulosis colónica • Dólico colon • Colon redundante Colon por enema sin lesiones	N/A	N/A	N/A
Adenoma colorrectal o pólipos	Diagnóstico endoscópico previo y biopsia	Criterio de Prioridad: Grado 3 colonoscopia	Reportes de biopsias y endoscopias	Periodicidad: Pólipos hiperplásicos cada



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

<p>(K63.5 Pólipo de colon)</p>		<p>por consulta externa a cupo</p>	<p>previas Hemograma completo, TP- TPT –plaquetas Estudio de sangre oculta positivo</p>	<p>10 años. Menos de 3 adenomas diminutos con displasia de bajo grado cada 10 años. Más de 3 adenomas o adenoma mayor de 10 mm con displasia de bajo grado cada 5 años. Presencia de adenoma con displasia de alto grado o componente vellosos cada 3 años. El tamizaje de cáncer colorrectal se realizará según lo dictado por el programa nacional de detección, el cual es mediante la realización de un examen de sangre oculta en heces anual a partir de los 50 años o si hay antecedente heredo-familiar de primer grado de cáncer colorrectal, el tamizaje iniciará 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar. NO se realizarán colonoscopias de tamizaje a pacientes que no tengan un estudio por sangre oculta positivo.</p>
<p>Poliposis familiar y</p>	<p>Para pacientes mayores de 25 años y seguimiento</p>	<p>Criterio de Prioridad: Grado 2 colonoscopia</p>	<p>Estudios previos y resultados de biopsias.</p>	<p>Antecedente familiar</p>



AREA ATENCIÓN INTEGRAL A
LAS PERSONAS

LINEAMIENTO TÉCNICO DE REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA PARA GASTROSCOPIAS
Y COLONOSCOPIAS

CÓDIGO: LT.GM.DDSS-AAIP-23052025

VIGENCIA: 2030

pólipos adenomatosos (D12Poliposis familiar y pólipos adenomatosos)	según criterio del gastroenterólogo.	por consulta externa a cupo	Hemograma completo, TP- TPT -Plaquetas	
Portadores de Anemia Crónica (D64.9 Anemia, no especificada)	Anemia microcítica - hipocrómica	Criterio de Prioridad: Grado 3 colonoscopia por consulta externa a cupo	Estudio por sangre oculta en heces (FIT o guayaco) positivo y haber descartado un origen alto por medio de gastroscopia Hemograma completo que incluyan VCM y CHCM, así como índices férricos y niveles de vitamina V12	Debe tener primero la Gastroscopía. Aportar en referencia, laboratorios y colon, por enema si se dispone
Pólipos Adenomatosos de Colon	1-Resección completa: 1.1Biopsia sin displasia. 1.2Biopsia con displasia. 2. Resección incompleta de pólipo	Criterio de Prioridad: Grado 3 colonoscopia por consulta externa a cupo	Reporte de estudios previos y biopsias	Periodicidad: Pólipos hiperplásicos cada 10 años. Menos de 3 adenomas diminutos con displasia de bajo grado cada 10 años. Más de 3 adenomas o adenoma mayor de 10 mm con displasia de bajo grado cada 5 años. Presencia de adenoma con displasia de alto grado o componente vellosos cada 3 años.