Gastroenterol Hepatol. 2021;44(Espec Congr):27

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

VALIDACIÓN DE LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD PARA LA REPROGRAMACIÓN DE GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS EN LA FASE DE REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD POSPANDEMIA COVID-19

L. Rivero Sánchez[1], A. García-Rodríguez[2], P. Díez Redondo[3], H. Núñez Rodríguez[3], M. Ponce[4], M. San Juan[5], A. Seoane[6], M.A. Carrasco[7], J. Castillo[1], D. Zaffalon[8], C. Guarner[9], M. Murzi[9], R. Jover[10], L. Medina Prado[10], K. Aspuru Rubio[11], B. García Zafra[2], D. João Matias[12], A. Cárdenas[1], B. González[1], O. Sendino[1], H. Córdova[1], A. Fernández-Simón[1], I. Araujo[1], À. Ginés[1], J. Llach[1], G. Fernández-Esparrach[1], M. Pellisé[1] y F. Balaguer[1]

[1]Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERHerd. Barcelona. [2]Hospital de Viladecans. [3]Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. [4]Hospital Clínico de Valencia. [5]Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Tenerife. [6]Hospital del Mar, Barcelona. [7]Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. [8]Hospital de Terrassa. [9]Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. [10]Hospital Universitario de Alicante. [11]Hospital San Jorge, Huesca. [12]Hospital Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción: La pandemia por COVID19 provocó una importante reducción de la actividad en las unidades de endoscopia. Las sociedades científicas nacionales (AEG-SEED) propusieron criterios de priorización (CP) en función de las indicaciones para el reinicio de la actividad endoscópica.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de los CP en las esofagogastroduodenoscopias (EGD) y colonoscopias de pacientes sintomáticos según los CP para detectar lesiones clínicamente relevantes (LCR).

Métodos: Se revisaron las endoscopias de 12 centros españoles que utilizaron prospectivamente los CP (alta = P1, media = P2, baja = P3) a partir de abril 2020. LCR se definieron como aquellas lesiones que requirieron tratamiento invasivo (endoscópico o quirúrgico), ingreso hospitalario y/o seguimiento clínico estrecho. Se excluyeron pruebas urgentes, vigilancia, cribado de cáncer colorrectal (CCR) o indicación terapéutica. Se subanalizaron los pacientes a los que se realizó previamente un TSOH.

Resultados: Se revisaron 2.084 (981 EGD y 1.103 colonoscopias) en 1.925 pacientes (56% mujeres) de 58 ± 16 años. El tiempo transcurrido (meses; mediana; rango intercuartil [RIQ]) desde la solicitud hasta el procedimiento para P1, P2 y P3 fue 3 (2-5), 4 (3-7) y 6 (4-8) respectivamente. El rendimiento de la EGD y colonoscopia en pacientes sintomáticos fue 11% y 18% respectivamente. La tasa de LCR en P1, P2 y P3 fueron 13%, 14%, y 6% en las EGD y 26%, 18%, y 12% en las colonoscopias. Hubo 6 cánceres 0.6% (3 gástricos, 2 esofágicos y 1 duodenal) y de 3% (35 casos) de CCR. Las tasas de LCR en P1, P2 y P3 en las 188 colonoscopias TSOH+ positiva fueron 41%, 25% y 18% respectivamente.

	P1	P2	P3
EGD	n=262	n=370	n=349
LCR; n (%)	33 (12,6)	50 (13,5)	22 (6,3)
Cáncer (esofágico, gástrico o duodenal)	3 (1,1)	1 (0,2)	2 (0,6)
LCNR; n (%)	155 (59,2)	195 (52,7)	202 (57,9)
Normal; n (%)	72 (27,5)	123 (33,2)	123 (35,2)
NV/NR; n (%)	2 (0,8)	2 (0,5)	2 (0,6)
Colonoscopias	n=298	n=402	n=402
LCR; n (%)	77 (25,8)	71 (17,7)	50 (12,4)
CCR	22 (7,4)	10 (2,5)	3 (0,7)
LCNR; n (%)	139 (46,6)	238 (59,2)	197 (49,0)
Normal; n (%)	72 (24,2)	86 (21,4)	147 (36,6)
NV/NR; n (%)	10 (3,4)	7 (1,7)	8 (2,0)

Rendimiento diagnóstico según los CP
LCR: lesión clínicamente relevante; LCNR: lesión clínicamente no relevante; NV/NR: No valorable/no realizada; CCR: cáncer colorrectal

Conclusiones: Los CP AEG-SEED permitieron identificar a los pacientes con mayor riesgo de LCR en las colonoscopias, siendo aún mayor en pacientes con TSOH+. Es necesaria la optimización los CP, especialmente para la EGD para racionalizar las exploraciones y disminuir los tiempos de espera en pacientes con alta sospecha de LCR.

0210-5705/© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.