



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## VALIDACIÓN PROSPECTIVA DE LA ESCALA DE BARCELONA PARA LA LIMPIEZA EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE CALIDAD

Cautar El Maimouni<sup>1</sup>, Henry Córdova<sup>1</sup>, Eva Barreiro<sup>2</sup>, Edgar Castillo-Regalado<sup>3</sup>, Pedro Delgado-Guillen<sup>4</sup>, Pilar Diez<sup>5</sup>, Martín Galdín<sup>6</sup>, Ana García-Rodríguez<sup>7</sup>, Luis Hernández<sup>8</sup>, Henar Núñez<sup>5</sup>, Agustín Seoane<sup>9</sup>, Javier Tejedor-Tejada<sup>10</sup>, Javier Jiménez<sup>11</sup>, Leticia Moreira<sup>1</sup>, Sabela Carballal<sup>1</sup>, Liseth Rivero-Sánchez<sup>1</sup>, Oswaldo Ortiz<sup>1</sup>, Irina Luzko Scheid<sup>1</sup>, Joan Llach<sup>1</sup> y Gloria Fernández-Esparrach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>3</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>4</sup>Hospital de Mérida. <sup>5</sup>Hospital Río Hortega, Valladolid. <sup>6</sup>Hospital de Vic. <sup>7</sup>Hospital de Viladecans. <sup>8</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>9</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>10</sup>Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón. <sup>11</sup>Hospital Universitario de Santiago de Compostela.

### Resumen

**Introducción:** No existen escalas de limpieza validadas prospectivamente para la endoscopia digestiva alta (EDA) de calidad.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre la presencia de lesiones clínicamente significativas (LCS) en tubo digestivo alto y la limpieza evaluada con la escala de Barcelona.

**Métodos:** Estudio prospectivo en 14 hospitales españoles en el que se incluyeron pacientes sometidos a una EDA diagnóstica. Se excluyeron: EDA de seguimiento de lesiones y urgentes, hemorragia digestiva alta, sospecha de oclusión y gastrectomía previa. Después de realizar los lavados necesarios, se asignó una puntuación de 0 (no valorable por restos) a 2 (visibilidad del 100%) a 5 segmentos (esófago, fundus, cuerpo, antro y duodeno), siendo la puntuación máxima de 10. Se consideraron LCS: esofagitis por reflujo, esófago de Barrett, úlcera, neoplasia, metaplasia intestinal gástrica, pólipos gástricos y lesión subepitelial).

**Resultados:** Se incluyeron 641 pacientes con una mediana de puntuación 9 (2-10). El tiempo medio de la EDA (incluyendo los lavados e inspección) fue  $8 \pm 2,69$  min (1,16-26). Se identificaron 336 LCS en 268 pacientes (41,8%). De estos, el 88,8% (238/268 pacientes) tenían un puntaje total de limpieza  $\geq 8$ . La esofagitis por reflujo, la atrofia gástrica y los pólipos gástricos presentaron una puntuación  $\geq 8$  en un 84,2%, 92,5% y 93,9% respectivamente.

# Tabla 1. Puntuación total de la escala de lesiones clínicamente significativas

	8
<b>Esofagitis por reflujo</b>	12 (15,8%)
<b>Atrofia gástrica</b>	<u>19</u> (17,9%)
<b>Pólipo gástrico</b>	4 (12,1%)

**Conclusiones:** Un número significativamente mayor de lesiones clínicamente significativas y lesiones gástricas fueron detectadas en áreas con excelente limpieza. La esofagitis por reflujo, la atrofia gástrica y pólipos gástricos presentaron aumento de la detección a mayor limpieza.