



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

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS E INDICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: MÁS ALLÁ DE LA COLONOSCOPIA DIRECTA DE CRIBADO

C. Mangas-Sanjuán¹, E. Santana¹, J. Cubiella², A. Seoane³, A. Suárez⁴, E. Quintero⁵, Á. Ferrández⁶, V. Hernández⁷, M. Ponce⁸, I. Portillo⁹, M. Pellisé¹⁰, P. Díez-Redondo¹¹, M. Herráiz¹², A. Ono¹³, Á. Pizarro¹⁴, P. Zapater¹ y R. Jover¹

¹Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-Fundación FISABIO), Alicante. ²Complejo Hospitalario de Ourense, Instituto de Investigación Biomédica Ourense, Pontevedra y Vigo, Ourense.

³Parc de Salut Mar, Hospital del Mar, Barcelona. ⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁵Hospital Universitario de Canarias, Instituto Universitario de Tecnologías Biomédicas & Centro de Investigación Biomédica de Canarias (CIBICAN), Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁶Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁷Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Instituto de Investigación Biomédica, Xerencia de Xestión Integrada de Vigo. ⁸Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁹Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces, Barakaldo. ¹⁰Hospital Clínic, CIBERehd, IDIBAPS, Universidad de Barcelona. ¹¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ¹²Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ¹³Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, Murcia. ¹⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

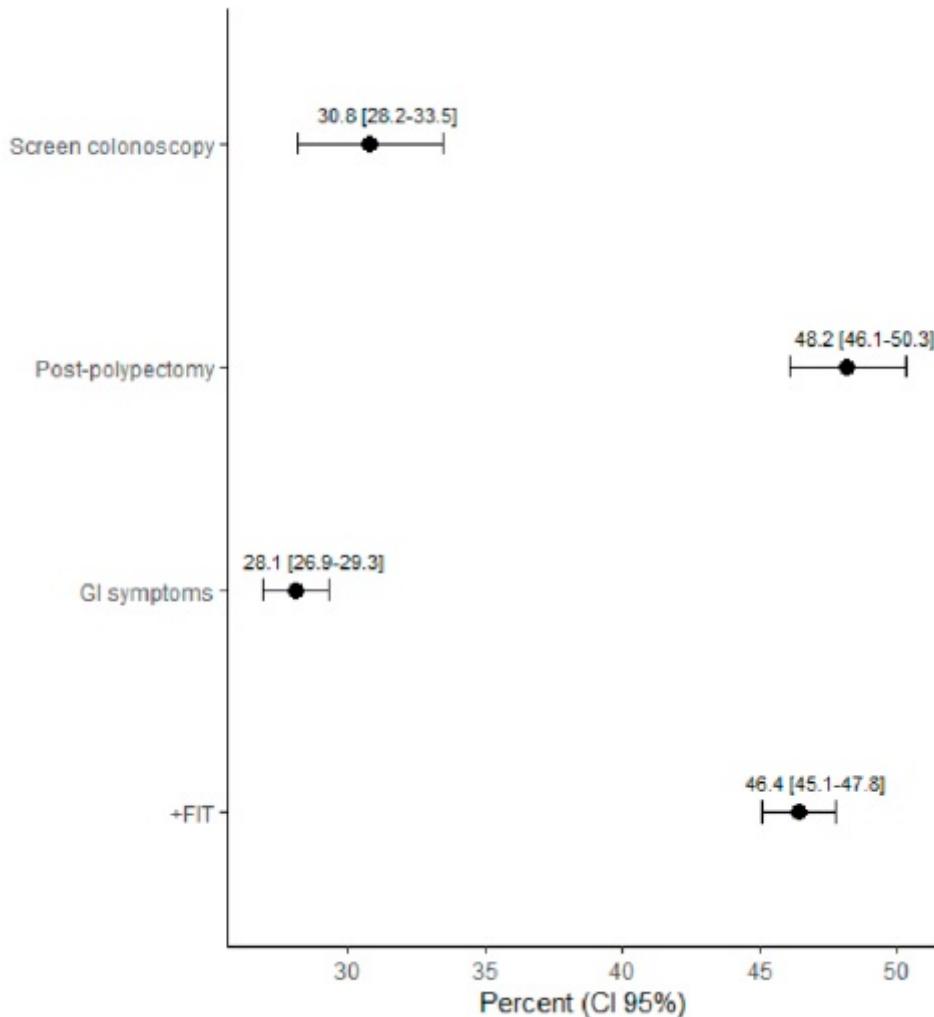
Resumen

Introducción: La tasa de detección de adenomas (TDA) es el indicador de calidad más importante en las colonoscopias de cribado, ya que ha demostrado estar inversamente relacionado tanto con el desarrollo de cáncer de intervalo como con la mortalidad por cáncer colorrectal. La recomendación actual de acuerdo a la guía de práctica clínica de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) publicada en 2017 es que sea ≥ 25%; sin embargo, esta recomendación es para las colonoscopias directas de cribado. Asimismo, se desconoce si este punto de corte ha de ser el mismo para otras indicaciones.

Objetivos: Describir la TDA en función de la indicación del procedimiento y predecir la TDA recomendada para dichas indicaciones.

Métodos: Estudio observacional analítico, multicéntrico y transversal, realizado entre febrero 2016 y diciembre 2017 en 14 hospitales nacionales. Se incluyeron 4 indicaciones: colonoscopia directa de cribado, test inmunológico de sangre oculta en heces positivo (TSOH-i+) (OC-SensorTM; punto de corte 15 ng/g), vigilancia post-polipectomía y síntomas gastrointestinales. Se utilizó un análisis de regresión logística para analizar la relación entre TDA (ajustada por sexo y edad) y el método exacto de Clopper-Pearson para calcular los intervalos de confianza (IC95%) de las proporciones poblacionales para la TDA según indicación.

Resultados: Se incluyeron un total de 14.867 pacientes; la TDA fue del 38%. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre la indicación del procedimiento y la TDA ajustada por sexo y edad. La TDA en síntomas gastrointestinales fue del 28,1% (OR 0,76, IC95% 0,66-0,87), del 46,4% (OR 1,50, IC95% 1,31-1,72) en TSOH-i+, 48,2% (OR 1,51, IC95% 1,30-1,76) en vigilancia comparado con 30,8% en colonoscopias directas de cribado. Respecto a los IC95% de las proporciones calculados para la TDA de acuerdo a la indicación (fig.), fue del 26,9-29,3% en síntomas, 45,1-47,8% en TSOH-i+, del 46,1-50,3% en vigilancia post-polipectomía y del 28,2-33,5% en colonoscopia directa de cribado.



Conclusiones: La TDA varía de forma estadísticamente significativa entre las diferentes indicaciones de la colonoscopia. Según los IC95% de las proporciones poblacionales, se describen nuevos puntos de corte para la TDA en función de la indicación más allá de la colonoscopia directa de cribado: ? 27% en síntomas gastrointestinales, ? 45% en TSOH-i + y ? 46% en vigilancia endoscóptica.