



Gastroenterología y Hepatología



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

LA CALIDAD DE LOS ENDOSCOPISTAS, ¿SE PUEDE MEJORAR?

C. Mangas-Sanjuán^{1,2}, J. Cubiella³, A. Seoane⁴, V. Álvarez-García⁵, N. González⁶, A. Lué⁷, L. Cid-Gómez⁸, M. Ponce⁹, L. Bujanda¹⁰, M. Pellisé¹¹, P. Díez-Redondo¹², M. Herráiz¹³, A. Ono¹⁴ y R. Jover^{1,2}

¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. ³Complejo Hospitalario de Ourense. ⁴Parc de Salut Mar, Barcelona. ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁶Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁸Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁹Hospital Universitario La Fe, Valencia. ¹⁰Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, San Sebastián. ¹¹Hospital Clínic, Barcelona. ¹²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ¹³Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ¹⁴Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: En la colonoscopia de calidad influyen factores relacionados con el procedimiento (sexo, edad paciente, calidad de la limpieza...) y con el endoscopista.

Objetivos: Analizar la influencia de las características de los endoscopistas y con el procedimiento sobre indicadores de calidad relacionados con la detección de lesiones.

Métodos: Estudio analítico, multicéntrico y transversal, realizado entre febrero 2016 y diciembre 2017 en 13 hospitales. Se han analizado la tasa de detección de adenomas (TDA), de adenomas avanzados (TDAA) y de serrados (TDS), así como la tasa de adenomas (TAPC) y serrados (TSPC) por colonoscopia. El análisis multivariante se ha realizado mediante análisis de regresión logística binaria (TDA, TDAA, TDS) y de regresión lineal múltiple (TAPC, TSPC).

Resultados: Se incluyeron 96 endoscopistas que realizaron 12.932 colonoscopias. El 43,8% (42) de los profesionales eran mujeres, con una edad de $41,9 \pm 9,8$ años. Todos eran gastroenterólogos que trabajaban en hospital terciario, con una media de tiempo trabajado como especialistas de $12,8 \pm 9,8$ años. El 32,3% (30) se dedicaban exclusivamente a la endoscopia. La TDA fue de $39,7 \pm 12,0\%$, la TDAA avanzados de $17,7 \pm 10,9\%$, TDS $12,8 \pm 5,8\%$, la TAPC de $0,97 \pm 0,45$ y la TSPC de $0,22 \pm 0,13$. Respecto a los factores relacionados con el procedimiento, la tasa intubación cecal (TIC) se relacionó con todas las tasas de detección mientras que la limpieza colónica adecuada se relacionó con la detección de adenomas [(TDA: OR 1,15, IC95% 1,00-1,32) y (TAPC: coef. B = 0,15, IC95% 0,06-0,25)]. La edad del endoscopista (27-40 años vs 41-65 años) se relacionó con mayor detección de pólipos serrados [(TDS: OR 1,69, IC95% 1,08-2,65) y (TSPC: coef. B = 0,09, IC95% 0,00-0,18)]. La dedicación semanal también se relacionó con la detección de adenomas [(TAPC: coef. B = 0,16, IC95% 0,07-0,24) y (TDAA: OR 1,23, IC95% 1,02-1,48)] y serrados (TSPC: coef. B = 0,06, IC95% 0,03-0,10). Las actividades de formación en endoscopias incrementaron la detección de adenomas (TDA: OR 1,14, IC95% 1,02-1,29) y serrados (TDS: OR 1,27, IC95% 1,07-1,50).

Conclusiones: La TIC, la edad del endoscopista, la dedicación semanal así como la formación, son factores relacionados con la detección de lesiones. El perfil de los factores difiere para la detección de adenomas y de pólipos serrados, por lo que para mejorar estos indicadores, sería adecuado individualizar.