

## UTILIDAD E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN DIFERENTES ESCENARIOS

A. Álvarez Marco<sup>a,b</sup>, M. Mañosa<sup>a</sup>, N. Relaño<sup>a</sup>, F. Porta<sup>a</sup>, J. Badosa<sup>a</sup>, A. Bargalló<sup>a</sup>, P. Sort<sup>a</sup>, F. Vida<sup>a</sup>, M. Cremades<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Sant Joan de Deu, Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa

<sup>b</sup>Hospital Dos de Maig, Barcelona

**Introducción:** La accesibilidad a las unidades de endoscopia han mejorado en la últimas décadas, pero la idoneidad de las indicaciones y el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia a los sistemas de acceso abierto ha estado cuestionado en estudios previos de otras áreas geográficas.

**Objetivos y métodos:** Evaluar el rendimiento diagnóstico y la idoneidad de las indicaciones de la gastroscopia. Se recogieron prospectivamente datos de los pacientes derivados a dos unidades de endoscopia para practicarse una gastroscopia. Se registraron datos demográficos, procedencia, médico solicitante, información relevante para calcular la escala EPAGE y los hallazgos endoscópicos. Se analizaron las variables relacionadas con la indicación y los hallazgos.

**Resultados:** De febrero a abril 2008 se recogieron 524 pacientes. Se practicaron 346 endoscopias en una Unidad de endoscopias derivadas de centros de primaria del área urbana de Barcelona y otras 148 en un hospital comarcal derivadas de los servicios de medicina, cirugía y de primaria. La mediana de tiempo de espera fue de 30 días (3-94). 57% mujeres, edad mediana de 51 años (14-94), 24% eran inmigrantes. El 90% provenientes de un centro de primaria, 66.5% del médico de familia y el 24% del digestólogo de zona. El 10% restante provenían de la consulta externa hospitalaria de cirugía, medicina interna o digestología. Las indicaciones más frecuentes fueron dispepsia (49%), pirosis (21%) y anemia ferropénica (9.4%). Según la escala EPAGE un 53% se consideraron apropiadas, 15% inciertas y 27% inadecuadas. El 55% de los pacientes seguían tratamiento con IBP y un 18% con AINEs en el momento de la endoscopia. Los hallazgos más frecuentes fueron hernia de hiato (12%), antritis (10%), esofagitis (9%), y úlcera péptica (4%). Las variables relacionadas independientemente con un diagnóstico relevante fueron ser nativo y una indicación apropiada según la escala EPAGE.

**Conclusiones:** Un porcentaje elevado de gastroscopias no están bien indicadas. La barrera idiomática y las diferencias culturales pueden ser una causa del elevado número de pruebas con indicaciones no adecuadas.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.059

## VALORACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN EL MODELO PORCINO: CUANTAS SON NECESARIAS REALIZAR ANTES DE PASAR AL PACIENTE?

A. Ono<sup>a</sup>, E. Torrella<sup>b</sup>, F. Alberca<sup>a</sup>, R. Latorre<sup>c</sup>, I. Ayala<sup>c</sup>, M. Lozano<sup>d</sup>, M. Alajarin<sup>a</sup>, P. Esteban<sup>b</sup>, F. Soria<sup>e</sup>, E. Pérez Cuadrado<sup>b</sup>, F. Carballo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

<sup>b</sup>Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

<sup>c</sup>Facultad de Veterinaria, Universidad de Murcia

<sup>d</sup>Endoscopias Murcia

<sup>e</sup>Centro de Cirugía Minimamente Invasiva Jesús Uson, Cáceres

**Introducción:** La Disección endoscópica submucosa (DES) es una técnica desarrollada recientemente que permite la resección "en bloc" de lesiones neoplásicas superficiales. La gran ventaja frente a la mucosectomía endoscópica convencional es que permite la resección de lesiones mayores a 20 mm en un solo fragmento, disminuyendo así la posibilidad de recidiva local (1). Sin embargo, es una técnica prolongada en tiempo y dada la alta incidencia de complicaciones que se han observado, requiere mucha experiencia así como gran habilidad por parte del endoscopista (2). La posibilidad de evaluar la curva de aprendizaje en esta difícil técnica requiere de un entrenamiento inicial sea por supervisión de un expertise en el área o mediante el uso de un modelo animal, concretamente, el estómago del cerdo, dada la similitud con el estómago humano. Gotoda y cols han reportado que, de su experiencia utilizando tanto estómagos de cerdos como cerdos vivos, permite al endoscopista mejorar su técnica en esta compleja resección en un periodo relativamente corto de tiempo con un experto (3).

La curva de aprendizaje para esta técnica mediante el uso del modelo porcino no ha sido definida hasta el momento actual.

**Objetivos:** Evaluar el procedimiento de DES mediante las siguientes variables: duración en minutos, tamaño de lesión resecada (en mm) y presencia o/no de complicaciones en una serie de 27 casos de DES en estómago y esófago de cerdo vivo y modelo de estómago ex-vivo.

**Métodos:** Se realizó la DES en cerdos vivos y modelos ex vivo. Dicho procedimiento consta de varias etapas: elaboración de una lesión artificial en la mucosa mediante el marcaje, elevación de la submucosa, precorte del área de resección, corte y disección de la lesión y finalmente recuperación de la lesión para medición de la misma. El tiempo se midió desde el inicio del marcaje hasta completar la disección. Dicho procedimiento fue realizado por 6 endoscopistas expertos en resecciones endoscópicas.

**Resultados:** El tiempo medio de duración del procedimiento fue de  $37,3 \pm 9,04$  minutos, el tamaño medio de la lesión resecada fue de  $21,37 \pm 15,91$  mm. La perforación se constató en 3 casos siendo todas transmurales, de las cuales dos ocurrieron durante la DES de endoscopistas con menos de 4 casos realizados.

**Conclusiones:** Si bien las lesiones resecadas han sido de un tamaño considerable, el tiempo prolongado que requiere la técnica y las dificultades que dicho procedimiento conlleva, determinan la necesidad de realizar un mayor número de DES en el modelo animal antes de poder iniciar el procedimiento en el paciente, con el objetivo de estandarizar dicha técnica.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.060

## VARIABILIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA

A. Sánchez del Río<sup>a</sup>, J.R. Aparicio Tormo<sup>b</sup>, J.S. Baudet Arteaga<sup>c</sup>, R. Campo Fernández de los Ríos<sup>d</sup>, J. Llach<sup>e</sup>, A. Naranjo Rodríguez<sup>f</sup>, A. Parra Blanco<sup>g</sup>, D. Sánchez Muñoz<sup>h</sup>, I. Salces Franco<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Clínica Hospiten Rambla, Tenerife

<sup>b</sup>Hospital General Universitario de Alicante

<sup>c</sup>Hospital Universitario N S La Candelaria, Tenerife

<sup>d</sup>Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell

<sup>e</sup>Hospital Clinic i Provincial, Barcelona

<sup>f</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

<sup>g</sup>Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

<sup>h</sup>Hospital Valme, Sevilla

<sup>i</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid

**Introducción y objetivos:** Para iniciar programas de cribado de cáncer colorectal es necesario evaluar la calidad de la colonoscopia. Nuestros objetivos fueron desarrollar y validar un grupo de indicadores y estándares de calidad en colonoscopia fácilmente aplicables y determinar la variabilidad en el cumplimiento de dichos indicadores y sus estándares.

**Pacientes y métodos:** A partir de 21 indicadores potenciales de calidad se seleccionaron seis (consentimiento informado, medicación administrada, colonoscopia completa, complicaciones, pólipos extirpados y recuperados, detección de adenomas de colon en mayores de 50 años) mediante un proceso en el que se determinó su validez facial, de contenido, fiabilidad y viabilidad de su medición. Se estimaron la variabilidad del cumplimiento de los indicadores mediante el coeficiente de variación (CV) y de estándares mediante  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 1928 colonoscopias procedentes de ocho centros hospitalarios. Cada centro incluyó el mismo número de colonoscopias seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple con sustitución. Existía una importante variabilidad en el cumplimiento de algunos indicadores y estándares: medicación administrada (CV 43%,  $p < 0,01$ ), registro de complicaciones (CV 37%,  $p < 0,01$ ), todos los pólipos extirpados y recuperados (CV 12%,  $p < 0,01$ ) y detección de adenomas en pacientes de más de 50 años (CV 2%,  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Disponemos de seis indicadores de calidad en colonoscopia válidos, fiables y fácilmente aplicables. Existe una importante variabilidad en el cumplimiento de algunos indicadores y estándares, lo que aconseja el desarrollo de programas de mejora de la calidad en colonoscopia antes de la implantación del cribado de cáncer colorectal.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.061

## Inflamación intestinal

### ANÁLISIS DE LAS PREFERENCIAS DE PACIENTES RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN EN BROTE Y EN MANTENIMIENTO

J. Sabater

Schering-Plough. España

**Objetivo:** Analizar las preferencias declaradas por los pacientes respecto al tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC).

**Métodos:** La técnica utilizada para la elicitación de las preferencias fue el análisis de conjunto (AC), técnica que permite establecer la importancia relativa de diferentes atributos en la provisión de un servicio. El AC consistía en dos cuestionarios (uno para el tratamiento de la EC activa y otro cuestionario para el mantenimiento). Los pacientes debían elegir entre dos tratamientos hipotéticos distintos que diferían en uno o varios de los siguientes atributos: tipo de administración, control de la enfermedad, producción de efectos adversos leves, efectos estéticos, efectos graves e incidencia de aparición de tumores. A estos atributos se les añadió otro respecto al coste del tratamiento para analizar la disponibilidad a pagar (DAP) de los pacientes a cambio de mejoras en los atributos. Cada cuestionario contenía una explicación detallada de los atributos y 18 elecciones entre dos pares de tratamientos. Los resultados fueron analizados utilizando una regresión probit de efectos aleatorios.

**Resultados:** 168 pacientes con EC completaron el cuestionario para brote y 208 el de mantenimiento. Todos los atributos tuvieron la polaridad esperada y contribuyeron de forma significativa a la elección de los pacientes, excepto para el atributo de efectos adversos leves que fue excluido del análisis. Respecto al brote, los pacientes presentaron una DAP de 144,4 €/mes por una reducción de un 1% en la probabilidad de experimentar un efecto adverso grave. La DAP por una reducción del 1% en la probabilidad de experimentar efectos adversos estéticos fue de 5,5 €/mes y de 13,5 €/mes por un aumento del 1% en la probabilidad de obtener respuesta clínica. En mantenimiento, los pacientes estuvieron DAP 1.112,4 €/mes por una disminución de un 1% en la incidencia de aparición de tumores, 22,7 €/mes por una reducción de un 1% en la probabilidad de experimentar un efecto adverso grave y 22,1 €/mes por un aumento de un 1% en la probabilidad de obtener respuesta clínica.

**Conclusión:** Los pacientes con EC tienen claras preferencias por los atributos. En el brote, los pacientes están dispuestos a aceptar elevadas probabilidades de aparición de efectos adversos estéticos y un aumento moderado en la probabilidad de aparición de efectos adversos graves a cambio de un aumento en la respuesta. Respecto al mantenimiento, los pacientes están dispuestos a aceptar la probabilidad de aparición de efectos adversos graves a cambio de un aumento en la probabilidad de respuesta pero no aceptarían aumentos en la incidencia de aparición de tumores. Los pacientes presentan una marcada aversión al riesgo de neoplasia. Esta actitud debe ser considerada a la hora de planificar el tratamiento, pero denota la necesidad de intervenciones formativas que capaciten a los pacientes para evaluar objetivamente el impacto real de los riesgos del tratamiento.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.062

### ANÁLISIS MOLECULAR DE LA MICROBIOTA CÓLICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

J.R. Foruny<sup>a</sup>, J.M. Sánchez-Calvo<sup>b</sup>, A. López-San Román<sup>a</sup>, R. del Campo<sup>b</sup>, B. Peñas<sup>a</sup>, D. Boixeda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Gastroenterología

<sup>b</sup>Microbiología Clínica, Hospital "Ramón y Cajal", Madrid

**Introducción:** La búsqueda de un agente causal de la colitis ulcerosa (CU) se ve dificultada, pues los métodos de cultivo de heces o tejido no son representativos de la microbiota intestinal real.

**Objetivo:** Analizar los grupos bacterianos principales de la microbiota cólica en muestras de heces y de tejido de pacientes con CU, empleando métodos moleculares independientes de cultivo.

**Métodos:** 37 pacientes con CU (27 varones) y 33 voluntarios control (VC, 17 varones, colonoscopia como cribado de cáncer colorrectal, sin síntomas digestivos). Se recogieron heces y muestras de mucosa. Se extrajo ADN total con método manual con fenol-cloroformo. Se usó PCR cuantitativa (7300 Applied-Biosystem) para conocer el número de copias de 16SrADN de los grupos *Fusobacterium*, *Bacteroides-Prevotella-Porphyromonas*, y de las Bacterias Ácido Lácticas (BAL).

**Resultados:** En heces, no había diferencias significativas entre pacientes con CU y VC, aunque en los primeros hubo densidades más altas de *Bacteroides* y de *Fusobacterium*. Sin embargo, en mucosa, el número de copias del gen 16S rADN para *Bacteroides* y para *Fusobacterium* fue significativamente mayor en pacientes con CU que en VC ( $p = 0,016$  y  $p = 0,025$ , respectivamente). No encontramos variaciones significativas en BAL, pero su densidad fue menor en la CU. La densidad bacteriana en heces y en mucosa no tuvo correlación, con valores generalmente más altos en la segunda.