

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 χ^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^a, J.M. Sánchez-Calvo^b, A. López-San Román^a, R. del Campo^b, B. Peñas^a, D. Boixeda^a

^aGastroenterología

^bMicrobiología 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.