

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

A. Álvarez Marco^{a,b}, M. Mañosa^a, N. Relaño^a, F. Porta^a, J. Badosa^a, A. Bargalló^a, P. Sort^a, F. Vida^a, M. Cremades^b

^aHospital Sant Joan de Deu, Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa

^bHospital 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^a, E. Torrella^b, F. Alberca^a, R. Latorre^c, I. Ayala^c, M. Lozano^d, M. Alajarin^a, P. Esteban^b, F. Soria^e, E. Pérez Cuadrado^b, F. Carballo^a

^aHospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

^bHospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

^cFacultad de Veterinaria, Universidad de Murcia

^dEndoscopias Murcia

^eCentro 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^a, J.R. Aparicio Tormo^b, J.S. Baudet Arteaga^c, R. Campo Fernández de los Ríos^d, J. Llach^e, A. Naranjo Rodríguez^f, A. Parra Blanco^g, D. Sánchez Muñoz^h, I. Salces Francoⁱ

^aClínica Hospiten Rambla, Tenerife

^bHospital General Universitario de Alicante

^cHospital Universitario N S La Candelaria, Tenerife

^dCorporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell

^eHospital Clinic i Provincial, Barcelona

^fHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

^gHospital Universitario de Canarias, Tenerife

^hHospital Valme, Sevilla

ⁱHospital 12 de Octubre, Madrid