



Gastroenterología y Hepatología



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

2 - IMPACTO DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE SANGRE OCULTA EN HECES EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS COLONOSCOPIAS DE PACIENTES SINTOMÁTICOS SEGÚN LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD AEG-SEED PARA LA REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD POSTPANDEMIA COVID-19

L. Rivero Sánchez¹, A. García-Rodríguez², P. Díez Redondo³, H. Núñez Rodríguez³, M. Ponce⁴, M. San Juan⁵, A. Seoane⁶, M.A. Carrasco⁷, J. Castillo¹, D. Zaffalon⁸, C. Guarner⁹, M. Murzi⁹, R. Jover¹⁰, L. Medina Prado¹⁰, K. Aspuru Rubio¹¹, B. García Zafra², D. João Matias¹², A. Cárdenas¹, B. González¹, O. Sendino¹, H. Córdova¹, A. Fernández-Simón¹, I. Araujo¹, À. Ginés¹, J. Llach¹, G. Fernández-Esparrach¹, M. Pellisé¹ y F. Balaguer¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS. CIBERHerD. Barcelona. ²Hospital de Viladecans. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁴Hospital Clínico de Valencia. ⁵Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Tenerife. ⁶Hospital del Mar, Barcelona. ⁷Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ⁸Hospital de Terrassa. ⁹Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Alicante. ¹¹Hospital San Jorge, Huesca. ¹²Hospital Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción: En pacientes sintomáticos, la prueba de sangre oculta en heces (TSOH+) tiene un alto rendimiento para detectar cáncer colorrectal (CCR) y otras patologías clínicamente relevantes. Los criterios de priorización (CP) AEG-SEED para el reinicio de la actividad endoscópica en la fase pospandemia COVID-19 no incorporan sistemáticamente la realización de TSOH.

Objetivos: Comparar el rendimiento del TSOH+ para LCR y CCR en las colonoscopias de pacientes sintomáticos.

Métodos: se revisaron colonoscopias de 12 centros españoles que utilizaron prospectivamente los CP (alta = P1, media = P2, baja = P3) a partir de abril 2020. LCR se definieron como aquellas lesiones que requirieron tratamiento invasivo (endoscópico/quirúrgico), ingreso hospitalario y/o seguimiento clínico estrecho. Se excluyeron pruebas urgentes, vigilancia o indicación terapéutica. El TSOH se realizó según criterio del médico solicitante.

Resultados: Se revisaron 1.077 colonoscopias (53% mujeres) de 59 ± 15 años. El tiempo transcurrido (meses; mediana; rango intercuartil [RIQ]) desde la solicitud hasta la colonoscopia en P1, P2 y P3 fue 3 (2-4), 4 (3-7) y 6 (4-8) respectivamente. Se detectaron LCR en 18% de las colonoscopias (25% en P1, 18% en P2 y 12% en P3) y 35 CCR: 22 (63%) en P1, 10 (29%) en P2 y 3 (9%) en P3. Las indicaciones con peor rendimiento diagnóstico para LCR fueron: diarrea crónica (9%) y exploraciones en < 50 años (rectorragia/hematoquecia [10%], cambio del ritmo intestinal [9%], estreñimiento/dolor abdominal [2%], y anemia ferropénica [0%]) sin CCR en ninguno de ellos. Hubo 180 (17%) pacientes TSOH+, 97 (9%) TSOH- y 800 (74%) con test no realizado. La proporción de LCR en los 3 grupos fue 31% (55/180), 10% (10/97) y 17% (133/800) mientras que CCR fue 9% (16/180), (0/97) y 2% (19/800).

Indicación	Código	Frecuencia	%	Prioridad	LCR	%	CCR	%	TSOH+	%
Anemia ferropénica en >= 50 años o con FR de CCR SIN colonoscopia previa (últimos 5 años)	151	133	12,3	1	42	32	11	8	29	22
Alta sospecha clínica de EI	169	17	1,6	1	5	29	0	0	0	0
Anemia ferropénica en >= 50 años o con FR de CCR CON colonoscopia previa (últimos 5 años)	152	25	2,3	3	7	28	0	0	3	12
Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >=50 años estable hemodinámicamente con FR de CCR, sin colonoscopia previa	154	94	8,7	2	21	22	5	5	11	12
Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >= 50 años estable hemodinámicamente sin FR de CCR	153	72	6,7	3	16	22	2	3	2	3
Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en > 50 años con EEI, anemia, SOH+ o FR de CCR	157	170	15,8	2	37	22	6	4	100	59
Cambio del ritmo intestinal de reciente comienzo en >= 50 años	161	117	10,9	1	24	21	7	6	10	9
Ferropenia sin anemia	149	18	1,7	2	3	17	0	0	2	11
Sospecha de CCR por criterios clínicos (Guía NICE 2015 actualizada en 2017**)	166	12	1,1	2	2	17	2	17	0	0
Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >=50 años estable hemodinámicamente con FR de CCR, con colonoscopia previa	155	33	3,1	3	5	15	1	3	1	3
Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en >= 50 años sin EEI, sin anemia, sin SOH+ ni FR de CCR	158	80	7,4	3	12	15	0	0	3	4
Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en < 50 años estable hemodinámicamente sin FR de CCR	156	86	8	3	9	10	1	1	10	12
Diarrea crónica sin EI, malabsorción, origen infeccioso, anemia, sangrado, FR de CCR, ni VIH, sin colonoscopia previa con biopsias	160	121	11,2	3	11	9	0	0	2	2
Cambio del ritmo intestinal de reciente comienzo en < 50 años	162	33	3,1	2	3	9	0	0	2	6
Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en < 50 años sin EEI, sin anemia, sin SOH+ ni FR de CCR	159	44	4,1	3	1	2	0	0	2	5
Anemia ferropénica en < 50 años	150	22	2	3	0	0	0	0	3	14

Conclusiones: Es necesario reajustar los CP en pacientes sintomáticos, incorporando de forma sistemática el TSOH sobre todo en las indicaciones con peor rendimiento diagnóstico.