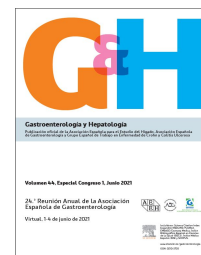




# Gastroenterología y Hepatología



<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 POSPANDEMIA COVID-19

L. Rivero Sánchez<sup>1</sup>, A. García-Rodríguez<sup>2</sup>, P. Díez Redondo<sup>3</sup>, H. Núñez Rodríguez<sup>3</sup>, M. Ponce<sup>4</sup>, M. San Juan<sup>5</sup>, A. Seoane<sup>6</sup>, M.A. Carrasco<sup>7</sup>, J. Castillo<sup>1</sup>, D. Zaffalon<sup>8</sup>, C. Guarner<sup>9</sup>, M. Murzi<sup>9</sup>, R. Jover<sup>10</sup>, L. Medina Prado<sup>10</sup>, K. Aspuru Rubio<sup>11</sup>, B. García Zafra<sup>2</sup>, D. João Matias<sup>12</sup>, A. Cárdenas<sup>1</sup>, B. González<sup>1</sup>, O. Sendino<sup>1</sup>, H. Córdova<sup>1</sup>, A. Fernández-Simón<sup>1</sup>, I. Araujo<sup>1</sup>, À. Ginés<sup>1</sup>, J. Llach<sup>1</sup>, G. Fernández-Esparrach<sup>1</sup>, M. Pellisé<sup>1</sup> y F. Balaguer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS. CIBERHerD. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital de Viladecans. <sup>3</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>4</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>5</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Tenerife. <sup>6</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>7</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>8</sup>Hospital de Terrassa. <sup>9</sup>Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>10</sup>Hospital Universitario de Alicante. <sup>11</sup>Hospital San Jorge, Huesca. <sup>12</sup>Hospital 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  $59 \pm 15$  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.