



# Gastroenterología y Hepatología



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

## VALIDACIÓN DE LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD PARA LA REPROGRAMACIÓN DE GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS EN LA FASE DE REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD POSTPANDEMIA 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. <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:** La pandemia por COVID19 provocó una importante reducción de la actividad en las unidades de endoscopia. Las sociedades científicas nacionales (AEG-SEED) propusieron criterios de priorización (CP) en función de las indicaciones para el reinicio de la actividad endoscópica.

**Objetivos:** Evaluar el rendimiento diagnóstico de los CP en las esofagogastroduodenoscopias (EGD) y colonoscopias de pacientes sintomáticos según los CP para detectar lesiones clínicamente relevantes (LCR).

**Métodos:** Se revisaron las endoscopias 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 o quirúrgico), ingreso hospitalario y/o seguimiento clínico estrecho. Se excluyeron pruebas urgentes, vigilancia, cribado de cáncer colorrectal (CCR) o indicación terapéutica. Se subanalizaron los pacientes a los que se realizó previamente un TSOH.

**Resultados:** Se revisaron 2.084 (981 EGD y 1.103 colonoscopias) en 1.925 pacientes (56% mujeres) de 58 ± 16 años. El tiempo transcurrido (meses; mediana; rango intercuartil [RIQ]) desde la solicitud hasta el procedimiento para P1, P2 y P3 fue 3 (2-5), 4 (3-7) y 6 (4-8) respectivamente. El rendimiento de la EGD y colonoscopia en pacientes sintomáticos fue 11% y 18% respectivamente. La tasa de LCR en P1, P2 y P3 fueron 13%, 14%, y 6% en las EGD y 26%, 18%, y 12% en las colonoscopias. Hubo 6 cánceres 0.6% (3 gástricos, 2 esofágicos y 1 duodenal) y de 3% (35 casos) de CCR. Las tasas de LCR en P1, P2 y P3 en las 188 colonoscopias TSOH+ positiva fueron 41%, 25% y 18% respectivamente.

	P1	P2	P3
EGD	n=262	n=370	n=349
LCR; n (%)	33 (12,6)	50 (13,5)	22 (6,3)
Cáncer (esofágico, gástrico o duodenal)	3 (1,1)	1 (0,2)	2 (0,6)
LCNR; n (%)	155 (59,2)	195 (52,7)	202 (57,9)
Normal; n (%)	72 (27,5)	123 (33,2)	123 (35,2)
NV/NR; n (%)	2 (0,8)	2 (0,5)	2 (0,6)
Colonoscopias	n=298	n=402	n=402
LCR; n (%)	77 (25,8)	71 (17,7)	50 (12,4)
CCR	22 (7,4)	10 (2,5)	3 (0,7)
LCNR; n (%)	139 (46,6)	238 (59,2)	197 (49,0)
Normal; n (%)	72 (24,2)	86 (21,4)	147 (36,6)
NV/NR; n (%)	10 (3,4)	7 (1,7)	8 (2,0)

**Rendimiento diagnóstico según los CP**

LCR: lesión clínicamente relevante; LCNR: lesión clínicamente no relevante; NV/NR: No valorable/no realizada; CCR: cáncer colorrectal

**Conclusiones:** Los CP AEG-SEED permitieron identificar a los pacientes con mayor riesgo de LCR en las colonoscopias, siendo aún mayor en pacientes con TSOH+. Es necesaria la optimización los CP, especialmente para la EGD para racionalizar las exploraciones y disminuir los tiempos de espera en pacientes con alta sospecha de LCR.