



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 POSPANDEMIA 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. 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: 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.