



## P-10 - EVALUACIÓN COMPARATIVA DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO ENTRE PREPARACIONES ÓPTIMAS Y SUBÓPTIMAS EN COLONOSCOPIAS DE CRIBADO: IMPLICACIONES PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

Antonio Aguilar Muñiz, Carlos Sostres Homedes, Sandra García Mateo, María Ortiz de Solorzano Reig y Ángel Lanás Arbeloa

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

### Resumen

#### **Póster con relevancia para la práctica clínica**

**Introducción:** Las guías de práctica clínica recomiendan repetir en el plazo de un año aquellas colonoscopias de cribado de cáncer colorrectal (CCR) que tienen una preparación subóptima. Sin embargo, hay pocos datos que apoyen esta recomendación, y a cerca de los hallazgos en la segunda exploración.

**Métodos:** Estudio observacional de pacientes sometidos a colonoscopia de cribado de CCR en Aragón. Se consideró mala preparación si la escala de Boston (ELCB) fue  $\leq 1$  en algún segmento. Los pacientes con endoscopia incompleta fueron excluidos. Fue calculada la tasa de detección de adenomas (TDA) y adenomas avanzados (TDAA) en ambas colonoscopias.

**Resultados:** De los 2.208 pacientes sometidos a colonoscopia de cribado (desde 2018 a 2022) en nuestro centro 265 (12%) presentaron una preparación subóptima. El tramo peor preparado fue el ascendente (223; 84,2%) y la mayoría (192; 72,5%) presentaron una puntuación  $\leq 1$  en dos o más tramos. Se detectó patología en 104 (39,2%) colonoscopias, con una mediana de 4 (IQR 3-5,8) pólipos por endoscopia, siendo más frecuentemente hallados en colon descendente, con una correlación de  $p = 0,942$ ,  $p = 0,001$  con el número total de pólipos encontrados. La TDA en la 1ª colonoscopia fue del 32%, y la TDAA del 19,4%. A la mayoría de los pacientes (234 (88,3%)) se les repitió el procedimiento en una mediana de 1 (IQR 0-2) meses. Se detectó patología en 110 (41,5%) exploraciones repetidas, siendo la TDA = 38,7% y la TDAA = 15%. En la mayoría de las ocasiones en que se detectó patología en la primera colonoscopia, también se detectó en la segunda (62 (67,4%),  $p \leq 0,001$ ), aunque esta asociación no se mantiene con la probabilidad de encontrar adenomas avanzados (10 (22,2%),  $p = 0,172$ ). En 48 (18,1%) de los pacientes con una primera colonoscopia normal, en la segunda sí se encontró patología (17 (35,4%) adenomas avanzados), y este hecho se relacionó únicamente con una peor preparación en la primera exploración, con más de un tramo con una puntuación en la ELCB  $\leq 1$ .

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes con mala preparación en el programa de cribado de CCR poblacional no es despreciable. Existe buena adherencia a la recomendación de repetir la

colonoscopia. La TDA/TDAA es elevada en la segunda colonoscopia, por lo que es importante asegurar la repetición de estas endoscopias en el plazo de un año, especialmente en aquellas con más de un tramo ELCB &le; 1. No deberíamos basarnos en el nivel de SOH, ni en el resultado de la primera para espaciar la segunda colonoscopia tras un con preparación subóptima.