

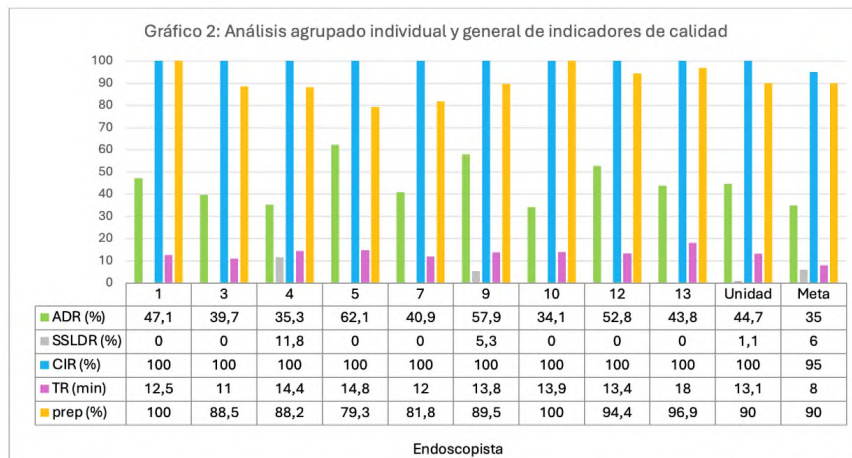
# #110 - ANÁLISIS DE INDICADORES PRIORITARIOS DE CALIDAD COLONOSCÓPICA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO Terciario de Santiago, Chile

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-110>

Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Roberto Santana Ibáñez<sup>1</sup>, Fernanda Matamala González<sup>1</sup>, Carla Neira Aguayo<sup>1</sup>, Sergio Escobar Hormazabal<sup>1</sup>, Catalina Farías Aqueveque<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernández<sup>1</sup>, Verónica Silva Figueroa<sup>1</sup>, Nicolás Lama Arriagada<sup>1</sup>, Macarena Larraín Suckel<sup>1</sup>, Andrés De la Vega Bustamante<sup>1</sup>, Cristina Di Girolamo Velasquez<sup>1</sup>, Gian Franco Onetto Tapia<sup>1</sup>, Leandra Pardo Valdes<sup>1</sup>, Tamara Perez Jeldres<sup>1</sup>, Edmundo Aravena Torres<sup>1</sup>, Ricardo Estela Petit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) representa la tercera neoplasia en incidencia y la segunda en mortalidad a nivel mundial; y la colonoscopia es fundamental para su prevención. Los beneficios de la colonoscopia varían de acuerdo al operador, por lo que se ha avanzado en el desarrollo de indicadores de calidad que buscan mejorar la técnica y disminuir la variabilidad de los resultados. **Método:** Estudio de cohorte retrospectivo basado en revisión de informes colonoscópicos realizados entre enero y abril 2024. **Criterios inclusión:** -Pacientes  $\geq 45$  años sometidos a colonoscopia de tamizaje, seguimiento o diagnóstico. **Criterios exclusión:** - $<45$  años. -CCR conocido. -Enfermedad inflamatoria intestinal. -Síndromes neoplásicos hereditarios. -Colonoscopias incompletas o interrumpidas -Sangre oculta en heces positiva. - Registros incompletos. **Objetivos:** Evaluar el desempeño general e individual respecto a: Tasa de detección de adenomas (ADR), lesiones serradas sésiles (SSLDR), intubación cecal (CIR), preparación intestinal y tiempo de retiro endoscópico (TR). **Resultados:** De 656 procedimientos, 351 cumplieron criterios de inclusión con tasas de: ADR 44.7%, SSLDR 1.1%, CIR 100%, TR  $\geq 8$  minutos en el 99.2% y preparación adecuada en el 90%. En el desempeño individual, se registró el rendimiento de los 16 endoscopistas que participaron de las 351 endoscopias incluidas en el estudio; y se analizó el desempeño de los 9 endoscopistas con  $> 10$  procedimientos, excluyendo aquellos con  $< 10$  endoscopias por considerarse poco representativo de su desempeño. Hubo gran variabilidad interoperador, consiguiendo metas de ADR en 8/9, CIR en 9/9, TR en 9/9, preparación en 4/9 y SSLDR en 2/9 operadores. **Discusión:** En nuestra realidad pública son escasos los estudios de tamizaje ya que la limitada oferta endoscópica obliga a priorizar pacientes sintomáticos o con lesiones de riesgo conocidas; es por esto que decidimos basarnos en la nueva guía ACG/ASGE 2024 que vuelve a incluir estudios diagnósticos y de vigilancia en las recomendaciones. En este estudio, limitado por el escaso número de colonoscopias (n=351), se lograron los objetivos de ADR y TR tanto en forma general como individual; y como era de esperar por el diseño, se consiguió 100% de CIR. Sólo 2 operadores consiguieron meta de SSLDR, no siendo prudente extraer conclusiones puesto que al ser lesiones poco frecuentes se requieren cohortes más grandes para su análisis. Además, existe gran variabilidad en su interpretación histológica, lo cual deber ser investigado frente a bajas tasas de SSLDR. Se consiguió el objetivo de preparación intestinal como unidad, pero no fue uniforme entre los operadores, presumiéndose que ante el limitado acceso a colonoscopias en la salud pública, un examen subóptimo puede ser mejor que un examen no realizado. **Conclusión:** La relevancia del CCR y los beneficios de la colonoscopia obligan a avanzar en el seguimiento de indicadores de calidad. Este estudio demostró buenas tasas de ADR, CIR y TR; pero el pequeño número de colonoscopias revisadas impiden extraer conclusiones sobre la SSLDR. Si bien los resultados generales fueron favorables, hubo variabilidad entre operadores, dejando espacio para mejorar especialmente en la preparación intestinal, influida en parte, por el difícil acceso a la salud pública.



ADR: tasa detección de adenomas, SSLDR: tasa detección lesiones serradas sésiles, CIR: Tasa intubación cecal, TR: Tiempo de retiro endoscópico, Prep: Adecuada preparación intestinal.



**Tabla 5: Análisis desempeño global e individual.**

Endoscopista	ADR (%)	ADRH (%)	ADRM (%)	SSLDR (%)	CIR (%)	TR promedio (min)	Prep (%)	N° total proced.
1	47.1	66.7	36.4	0	100	12.5	100	34
3	39.7	45.7	34.9	0	100	11	88.5	78
4	35.3	75	23.1	11.8	100	14.4	88.2	17
5	62.1	66.7	60.0	0	100	14.8	79.3	29
7	40.9	57.1	33.3	0	100	12	81.8	22
9	57.9	57.1	58.3	5.3	100	13.8	89.5	19
10	34.1	31.6	36	0	100	13.9	100	44
12	52.8	73.3	38.1	0	100	13.4	94.4	36
13	43.8	50	41	0	100	18	96.9	32
Meta	≥ 35	≥ 40	≥ 30	≥ 6	≥ 95	≥ 8	≥ 90	

ADR: tasa detección de adenomas, ADRH: tasa detección de adenomas en hombres, ADRM: tasa detección de adenomas en mujeres, SSLDR: tasa detección lesiones serradas sésiles, CIR: Tasa intubación cecal, TR: Tiempo de retiro endoscópico, prep: Adecuada preparación intestinal, Unidad: unidad de endoscopia diagnóstica.

