

#71 PRÁCTICAS DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ESÓFAGO DE BARRETT EN LAS AMÉRICAS: RESULTADOS ENCUESTA INTERAMERICANA BARRETT SIED.

congastro2025-71

Alberto Espino¹, Javier Uribe¹, Hugo Cedrón^{2,3}, Albis Hani⁴, Gustavo Andrade de Paulo⁵, Vitor Arantes⁶, José Tawil⁷, Francisco Valdovinos-Andraca⁸, Enrique Adames⁹, Josué Aliaga³, Reinaldo Ferney⁴, Renato Palma¹⁰, Adolfo Parra¹¹, Jacobo Ortiz- Fernandez-Sordo¹¹, Samir Grover¹², Prasad Iyer¹³, Pra-teek Sharma¹⁴, Cadman Legget¹³ On behalf of the Inter-American Society of Digestive Endoscopy. (SIED) Barrett's Committee. ¹ Endoscopy Unit, Department of Gastroenterology, UC-Christus Clinical Hospital, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Gastroenterology Service, Clínica Anglo Americana, Lima, Perú. ³ Faculty of Medicine, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. ⁴ Department of Gastroenterology, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. ⁵ Department of Gastroenterology, Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil. ⁶ Endoscopy Unit, Alfa Institute of Gastroenterology, School of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Hospital Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, Brazil. ⁷ Gastroenterology Diagnostic and Treatment Medical Center (GEDYT), Autonomous City of Buenos Aires, Argentina. ⁸ National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán, Mexico City, Mexico. ⁹ National Center for Gastrointestinal Diagnosis (Cendigestro), Panama City, Panama. ¹⁰ Gastroenterology Unit, Hospital Base de Valdivia, Valdivia, Chile. ¹¹ NIHR Nottingham Digestive Diseases Biomedical Research Centre, Nottingham University Hospitals NHS Trust, Nottingham, UK. ¹² Division of Gastroenterology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada. ¹³ Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA. ¹⁴ Division of Gastroenterology and Hepatology, VA Medical Center and University of Kansas School of Medicine, Kansas City, Kansas, USA.

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es una condición premaligna en aumento. Existen datos limitados sobre las prácticas de diagnóstico y manejo del EB en las Américas. **Objetivo:** Caracterizar las prácticas clínicas de los endoscopistas digestivos en las Américas respecto al diagnóstico y manejo del EB. **Método:** Estudio transversal mediante una encuesta multilingüe (Español, Portugués e Inglés) electrónica anónima de 36 ítems, desarrollada y validada por el Comité de Barrett SIED. La encuesta fue distribuida entre abril-mayo 2025 a través de sociedades de gastroenterología y asociaciones de endoscopia. Se evaluaron características demográficas, autopercepción de experto en EB "¿Tiene usted formación/dedicación especial en EB?", disponibilidad de recursos y prácticas clínicas. El análisis estadístico se realizó con software R. **Resultados:** N=976 respuestas de 23 países. Hombres 70%, edad promedio 49 años. Un 24.7% se autoidentificó como "experto" en EB. Países con mayor tasa de respuesta (ver mapa). Los expertos mostraron una mayor adherencia a los indicadores de calidad endoscópica y estrategias de manejo de displasia (ver tabla). No hubo diferencias significativas en las prácticas de cribado o en la vigilancia de pacientes con EB no displásico. **Conclusiones:** Existen brechas importantes en la adherencia a los indicadores de calidad en el diagnóstico y manejo del EB, particularmente entre los endoscopistas no expertos. Es fundamental implementar programas de formación y estandarización para mejorar la calidad del diagnóstico y manejo en los pacientes con EB en las Américas.





Barrett
Interamerican Survey
Español-English-Português



Resumen Prácticas Clínicas	Expertos N=241	No Expertos N=735	
Demografía			
Edad Promedio (RIQ)	52 años (20)	42 años (17)	p<0.05
Recursos			
Acceso a Imagenología Avanzada	218/241 (90.5%)	605/735 (82.4%)	p<0.05
Acceso a Patólogo Experto en Barrett	110/241 (45.6%)	169/735 (22.9%)	P <0.05
Indicadores de Calidad Endoscópica (>75% de los Casos)			
Limpieza Adecuada del Esófago	224/241 (93.0%)	656/735 (89.3%)	p<0.05
Uso de Capuchón Endoscópico	48/241 (19.9%)	39/735 (5.3%)	p<0.05
Descripción Morfológica Detallada	174/241 (72.2%)	328/735 (44.6%)	p<0.05
Uso de Criterios de Praga C&M	218/241 (90.5%)	622/735 (84.6%)	p=0.06
Búsqueda Dirigida de Lesiones	211/241 (87.6%)	501/735 (68.2%)	p<0.05
Tiempo de Inspección (≥1 min/cm EB)	165/241 (68.5%)	315/735 (42.9%)	p<0.05
Adherencia al Protocolo de Seattle	180/241 (74.7%)	461/735 (62.7%)	p<0.05
Estrategias de Manejo			
Manejo de Lesiones Visibles (Resección)	168/241 (69.7%)	372/735 (50.6%)	p<0.05
Manejo de Displasia DBG y DAG (Ablación)	111/241 (46.1%) - 112/241 (46.5%)	249/735 (33.9%) - 274/735 (37.3%)	p<0.05
Uso de Inmunoquímica (p53)	14/241 (5.8%)	17/735 (2.3%)	p<0.05