

#130 - EN NUESTRO MEDIO, LA DESIGUALDAD PREVISIONAL DETERMINA UNA DERIVACIÓN MÁS TARDÍA, PERO ACCESO ADECUADO A COLONOSCOPIAS

<https://doi.org/10.46613/congastro2023-130>

Estay C¹, Simian D¹, Berger Z¹, Muñoz P¹, Montenegro C¹

¹Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: En un estudio reciente se demostró que la previsión en salud es un factor determinante en la mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en Chile. Algunas razones que podrían explicarlo son: menor conocimiento de la enfermedad, mayor comorbilidad, menor acceso a colonoscopia y mayor tardanza en su realización en los grupos con peor previsión de salud. Sin embargo, en nuestro país no existe una caracterización de los pacientes que acceden a colonoscopia.

Objetivo: Caracterizar demográfica y clínicamente a los pacientes que se realizan colonoscopia, comparando los plazos e indicaciones asociadas según sistema previsional.

Métodos: Estudio exploratorio, transversal, de pacientes que se realizaron colonoscopia en Hospital Clínico Universidad de Chile entre marzo y mayo 2023. Se registraron variables sociodemográficas, hallazgos de la colonoscopia y resultados de biopsias en REDCap®. Análisis de datos, comparando Fonasa vs Isapre, utilizando programa STATA 16. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: De las 796 colonoscopias realizadas, un 93% pertenecía a FONASA (n=507) e ISAPRE (n=240). En el grupo FONASA un 45% no tenía conocimiento sobre subgrupo de previsión al que pertenecían. Comparación de grupos en Tabla 1. En términos sociodemográficos, en el grupo FONASA consultaron pacientes de mayor edad, más mujeres, de menor escolaridad y mayor comorbilidad. En los pacientes ISAPRE hubo más indicación de tamizaje, en comparación al grupo FONASA cuyo motivo de consulta fue principalmente por síntomas. El tiempo entre indicación y realización de colonoscopia fue menor en el grupo FONASA. Diecisiete de los 19 pacientes (89%) en los que se detectó CCR (4 de ellos tumor infranqueable) pertenecía al grupo FONASA.

Conclusión: En nuestra población, el CCR se detectó mayoritariamente en pacientes FONASA. Se observaron diferencias demográficas en ambas poblaciones, sin embargo, el acceso a colonoscopia fue significativamente más rápido en pacientes FONASA, probablemente explicado por la presencia de síntomas.

N = 747	Fonasa N = 507 (68%)	Isapre N = 240 (32%)	Valor p
Edad (mediana; RIC)	63 (52 – 72)	60 (50 – 69)	0,005
Género femenino (n, %) Mujer	344 (68)	137 (57)	0,005
Nivel educacional (n, %) Sin escolarización/básica Medio/Técnico/Universitario	140 (28) 365 (72)	15 (6) 225 (94)	< 0,001
Comorbilidades (n, %)			
Diabetes	92 (18)	29 (12)	0,036
HTA	227 (45)	71 (30)	< 0,001
Obesidad	123 (24)	47 (20)	0,155
Tabaco	71 (14)	37 (15)	0,661
Ninguna	116 (23)	57 (24)	0,792
Indicación de colonoscopia (n, %)			
Tamizaje	115 (23)	71 (30)	0,042
Síntomas de bajo riesgo	182 (36)	65 (27)	0,017
Síntomas de alto riesgo	114 (22)	33 (14)	0,005
Seguimiento CCR	18 (4)	20 (8)	0,005
Control de pólipos	25 (5)	17 (7)	0,233
Enfermedad inflamatoria intestinal	51 (10)	32 (13)	0,184
Según quién solicita la colonoscopia (n, %)			
Médico general	136 (27)	34 (14)	< 0,001
Médico especialista	121 (24)	75 (31)	
Subespecialista	248 (49)	131 (55)	
Tiempo entre indicación y realización de la colonoscopia (en días) (mediana; RIC)	35,5 (20,5 – 70)	48 (26 – 85)	0,005
Tiempo entre inicio de síntomas y realización de la colonoscopia (en días) (mediana; RIC)	107,5 (55 – 255,5)	158,5 (77 – 363)	0,027
Colonoscopia previa (n, %)	214 (42)	136 (57)	< 0,001
Hallazgos colonoscópicos (n, %)			
Sin Hallazgo	158 (31)	73 (30)	0,837
Pólipo bajo riesgo	237 (47)	125 (52)	0,173
Pólipo alto riesgo	50 (10)	20 (8)	0,503
Cáncer	17 (3,4)	2 (0,8)	0,041