TL26. IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO Y ADHERENCIA AL PROTOCOLO SYDNEY EN LA DETECCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS

Latorre G[1], *Ivanovic-Zuvic D*[1], *Vargas JI*[1], *Uribe J*[1], *Ramos B*[1], *Fritzsche M*[1], *Leung JS*[1], *Jensen E*[1], *González R*[1], *Torres J*[1], *Pizarro M*[1], *Rabkin C*[2], *Camargo MC*[2], *Riquelme A*[1]. [1]*Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.* [2]*Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda Maryland, USA.*

Introducción: El protocolo Sydney (PS) estandariza la toma de biop- sias gástricas para detectar lesiones premalignas gástricas (LPMG), sin embargo su capacidad diagnóstica es aún discutida. **Objetivos:** Determinar si la aplicación del PS aumenta la detección de atrofia gástrica (AG) y metaplasia intestinal (MI). **Métodos:** Estudio observacional prospectivo de dos grupos de endoscopistas de un hospital terciario, en mismo período de tiempo (enero-diciembre de 2017), con igual equipamiento y experiencia endoscópica: un grupo entrenado, con aplicación rutinaria de PS (GS) y un grupo control, sin aplicación habitual de éste (GC). Se evaluaron Endoscopias Digestivas Altas (EDA) ambulatorias de pacientes mayores de 40 años. Se comparó la prevalencia histológica de AG y MI, evaluados por mismos patólogos. Se ajustaron las diferencias por edad, sexo e indicación de EDA. **Resultados:** El GS realizó EDA a 526 pacientes y colectó 209 biopsias (40%), 132 por PS. El GC realizó EDA a 682 pacientes y colectó 145 biopsias (21%), 43 por PS. No hubo diferencias significativas en variables demográficas e indicación de EDA. La prevalencia de AG en el GS fue 16% (85) comparado con GC 4,4% (30) (OR:4,15,IC95%; 2,66-6,46). La prevalencia de MI en el GS fue 9,9% (52) comparado con GC 2,9% (20) (OR:3,77,IC95%; 2,20-6,48). **Conclusiones:** La aplicación rutinaria y adherencia al PS incrementó la detección de LPMG, triplicando y cuadruplicando la detección de MI y AG, respectivamente. Aumentando así la capacidad diagnóstica, estratificación de riesgo y oportunidades de seguimiento de pacientes de alto riesgo de CG.

	Grupo *Sydney* (GS) (n = 526)	**Grupo control (GC) (n = 682)**	**Valor p**	**OR (IC95%)**
Edad (mediana) años	54	57	0,103	
Sexo (mujer)	64,3% (338)	66,1% (451)	0,498	
Principales motivos de indicación: Epigastralgia/ dispepsia ERGEa ' Tamizaje cáncer gástrico Anemia en estudio	36,9% (183) 20,8% (l03) 11,3% (56) 5,8% (29)	33,4% (202) 25,2% (152) 12,9% (78) 4,8% (29)	0,089	
Biopsias (n)	**39,8% (209)**	21,3% (145)	**< 0,001**	
Protocolo *Sydney*	**70,6% (132)**	35,5% (43)	**< 0,001**	
Atrofia gástrica	**16,2% (85)**	4,4% (30)	**< 0,001**	**4,15** (2,66-6,46)[b]
Metaplasia intestinal	**9,9% (52)**	2,9% (20)	**< 0,001**	**3,77** (2,20-6,48)[b]

aEnfermedad por reflujo gastroesofágico. [b]OR: Ajustado por edad, sexo y motivo de indicación de la EDA.