

DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Indicacions i valoració del risc de les exploracions endoscòpiques en persones d'edat avançada o fràgils

Desembre 2021



Societat
Catalana de
Digestologia



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



L'Acadèmia
FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS





Correspondència

Xavier Calvet

Servei d'Aparell Digestiu, Corporació Universitària Sanitària Parc Taulí, Institut de Recerca Parc Taulí. Sabadell. Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. CIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

email: xcalvet@tauli.cat

Indicacions i valoració del risc de les exploracions endoscòpiques en persones d'edat avançada o fràgils

desembre de 2021

Autors:

Francesc Riba^{1*}, Carles Guarner-Argente^{2*}, Mònica Solanes³ Esther Francia⁴, Pilar Garcia-Iglesias⁵, Salvador Machlab⁵, Juanjo Mascort^{6,7}, Juan Manuel Mendive⁸, Jordi Ortiz⁹, Xavier Calvet^{5,10,11}

(*) Ambdós autors han contribuït igualment al manuscrit

(1) Servei de Geriatria i Cures Palliatives, Hospital de la Santa Creu, Jesús-Tortosa, (2) Servei d'Aparell Digestiu, Hospital de Sant Pau, Barcelona, (3) CAP Onze de Setembre. Institut Català de la Salut. Lleida, (4) Servei Medicina Interna, Unitat de Geriatria, Hospital de Sant Pau, Barcelona, (5) Servei d'Aparell Digestiu, Corporació Universitària Sanitària Parc Taulí, Institut de Recerca Parc Taulí. Sabadell, (6) CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ICS, (7) Departament de Ciències Clíniques. Universitat de Barcelona, (8) CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. Institut Català de La Salut (ICS), (9) Servei d'Aparell Digestiu. Consorci Sanitari de Terrassa, (10) CIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, (11) Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona.

INTRODUCCIÓ

L'endoscòpia digestiva (ED) inclou un grup extens d'exploracions invasives diagnòstiques i terapèutiques que són molt importants per a l'estudi del tracte digestiu. Tot i ser procediments relativament segurs i ben tolerats, en les persones d'edat avançada i/o amb fragilitat (PEA/AF) s'associen amb un major risc d'esdeveniments adversos, de preparació insuficient i de què el procediment sigui incomplet¹.

La prevalença de patologia -, per tant, el rendiment diagnòstic de les proves diagnòstiques- sol ser major en les PEA/AF. Molts cops però la rellevància del fet de detectar una patologia és molt baixa, bé per que no hi ha opcions terapèutiques, o bé per que, encara que hi siguin, no es preveu que permetin millorar la qualitat de vida o la supervivència². Un exemple podrien ser els pòlips colorectals. L'esperança de vida d'una PEA/AF és sovint molt inferior al temps que el pòlip necessita per evolucionar a càncer. Per altra banda, una perforació o hemorràgia després d'una polipectomia en una PEA/AF pot ser extremadament greu.² Per tant, **el risc-benefici dels tractaments endoscòpics pot ser clarament negatiu en les persones d'edat avançada o fràgils.**

L'edat per si mateixa no suposa cap contraindicació per a la realització de cap procediment endoscòpic. Per contra, la fragilitat extrema sí contraindicaria els procediments endoscòpics, al igual que qualsevol altre procediment agressiu. Els graus moderats de fragilitat, però, no representen una contraindicació absoluta en el pacient simptomàtic, en el que l'ED pot portar a un tractament que millori la qualitat de vida. És aquí on **haurem de valorar individualment el risc-benefici de la prova.**

També, cal recordar que, sempre abans d'un procediment invasiu com una ED cal que la seva indicació sigui basada en una **presa de decisions compartida**. Les persones tenen experiències, creences i prioritats, que els professionals de la salut no coneixen i que poden influir en les decisions que prenen. Compartir les decisions permet als professionals de la salut tenir-les en compte i adaptar les opcions diagnòstiques i terapèutiques a cada individu³.

En conclusió, les PEA/AF representen una població heterogènia que obliga a una valoració acurada i individualitzada de la indicació de la ED.

L'objectiu d'aquest document de posicionament de la Societat Catalana de Digestologia (SCD), la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG) i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) és fer unes recomanacions de consens i basades sempre que sigui possible en l'evidència sobre la valoració del risc i les indicacions per a la ED en les PEA/AF.

MÈTODES

El present document de consens ha estat realitzat per un grup d'experts designats per la SCD, la SCGiG i la CAMFiC al 2020 i 2021.

La redacció de cada apartat es va encarregar a un equip multidisciplinari incloent un geriatra, un metge de família i un digestòleg. Els encarregats van fer una revisió no sistemàtica de la evidència i van utilitzar la bibliografia recuperada i les seves bases bibliogràfiques per redactar cada apartat. Finalment els apartats es van ajuntar en un document que va ser revisat individualment per cada un dels experts. Els aspectes controvertits van ser discutits en diverses teleconferències al llarg del 2021. Amb els resultats de les discussions es va redactar el document final, que va ser revisat de nou per cada un dels experts i per les juntes de les societats respectives i finalment aprovat en una última reunió de consens.

RESULTATS

Els resultats es van estructurar en 4 apartats: a) valoració del risc-benefici i la indicació de la ED en les PEA/AF, b) a qui cal fer diagnòstic situacional abans d'una ED, c) qui hauria de fer el diagnòstic situacional i d) com s'articula la relació entre AP, geriatria i digestiu.

Les recomanacions del grup de consens es troben resumides a la taula següent:

Taula 1: Recomanacions generals del grup de consens

| | |
|---|---|
| 1 | Abans de qualsevol intervenció invasiva -i, específicament una endoscòpia digestiva- en persones d'edat avançada i/o amb fragilitat i/o amb pluripatologia es recomana una valoració geriàtrica integral |
| 2 | Es recomana utilitzar l'índex Clinical Frailty Scale (CFS) com a eina de cribatge ràpid. Una puntuació d'1-4 no limita les exploracions. Amb puntuacions del 7 al 9 es recomana evitar qualsevol intervenció invasiva |
| 3 | En PEA/AF amb CFS 5-6, es recomana Valoració Geriàtrica Integral. Si això no és possible, es recomana fer una valoració més acurada amb l'índex Fràgil-VIG, per decidir la idoneïtat de la prova, informar al pacient i/o als familiars del pronòstic i establir un pla de cures consensuat |
| 4 | L'avaluació de la fragilitat correspon, en primera instància, als equips d'atenció primària (AP) |

VALORACIÓ DE LA INDICACIÓ I EL RISC-BENEFICI DE LA ED EN PEA/AF:

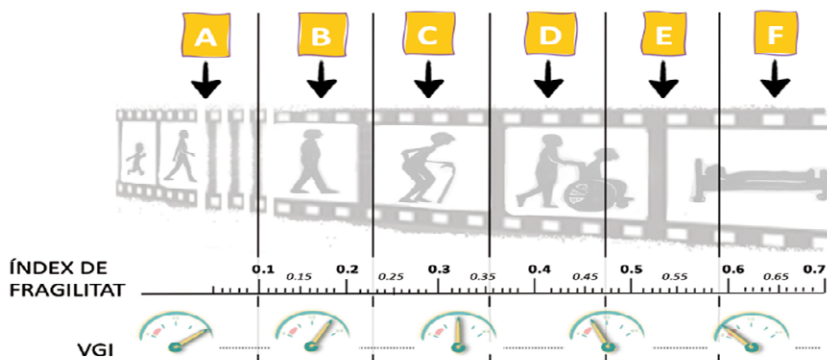
L'adequació individualitzada de la intensitat del tractament o de les proves diagnòstiques s'ha de fer sempre en funció del **balanç benefici-risc**.

En els pacients d'edat avançada la presa de decisions pot veure's facilitada mitjançant l'establiment d'un **diagnòstic situacional**⁴.

El concepte de diagnòstic situacional fa referència al resultat del procés de valoració multidimensional i de les necessitats que permet als professionals

de determinar, quin és el grau de reserva o fragilitat de la persona atesa (com de vulnerable és?, en quin punt es troba de la seva trajectòria vital?) així com quins són els dèficits o les dimensions afectades i les necessitats a què cal donar resposta⁴.

Figura 1. Diagnòstic situacional i grau de reserva de la persona: com de vulnerable és?; en quin punt es troba de la seva trajectòria vital? A?, B?, C?, D?, E?, o F?



Font: Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils⁴

El diagnòstic situacional, idealment, es realitza amb una **Valoració Geriàtrica Integral (VGI)**. Aquesta requereix de temps i d'un equip interdisciplinari, per això es proposa, com a alternativa, considerar eines de valoració multidimensional/geriàtriques ràpides. A continuació, en proposem un parell:










Clinical Frailty Scale (Annex 1)

L'escala Clinical Frailty Scale (CFS) és una manera molt fàcil de determinar el grau de fragilitat; va de l'1 al 9, i està basada sobretot en el judici clínic.⁵ La CFS ha estat validada com a predictora d'efectes adversos en persones d'edat avançada^{6,7}. Aquesta valoració qualitativa de la fragilitat ens pot ajudar a prendre decisions sobre objectius assistencials. Per exemple, els pacients amb nivells de fragilitat 7-8-9 (fragilitat greu, molt greu i/o condició terminal) són només tributaris d'abordatges no invasius, i no serien candidats a ED.

La CFS està disponible també en APP. Es pot descarregar a <https://www.acutefrailtynetwork.org.uk/Clinical-Frailty-Scale/Clinical-Frailty-Scale-App>.⁸

La demència no limita l'ús de l'escala. Les persones que pateixen demència segueixen un patró similar al de la CFS: la demència lleu, moderada i severa s'equipararia amb els nivells CFS 5,6 i 7 respectivament. Si no es coneix el grau de demència, cal seguir la classificació estàndard de la CFS. A l'Annex 1 es detallen les recomanacions per utilitzar correctament la CFS.⁹

Figura 2. Clasificació CFS

| CLINICAL FRAILTY SCALE (Rockwood, , et al, CMAJ 2005; 173: 489-95) | |
|--|--|
|  1. EN MOLT BONA FORMA Està fort, actiu, vigorós i motivat, practica exercici físic amb regularitat |  6. FRAGILITAT MODERADA Necessita ajuda per activitats d'exterior i tasques llar, higiene i escales. |
|  2. EN FORMA Activitat física ocasional. No símptomes de malalties cròniques |  7. FRAGILITAT GREU Depenent per autocura personal, de causa física o cognitiva. Supervivència > 6m |
|  3. EN BON ESTAT, ESTABLE Problemes mèdics controlats. Escassa activitat física regular, només camina |  8. FRAGILITAT MOLT GREU Depenent per totes les bàsiques i instrumentals. No recuperació en cas d'aguditzat |
|  4. VULNERABLE No dependència activitats bàsiques. Símptomes limiten activitats físiques |  9. TERMINAL Esperança de vida < 6m No necessàriament fragilitat evident. |
|  5. FRAGILITAT LLEU Aleïtit. Ajuda per activitats instrumentals (no s'urt sol, necessita ajuda en compres, cuina, finances, llar) | |

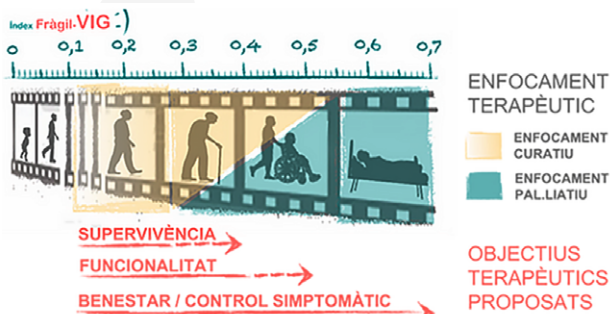
Adaptat de Rockwood, K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 173, 489-95 (2005)

L'Índex FRÀGIL-VIG (Annex 2)

L'Índex Fràgil-VIG és un índex de fragilitat basat en la Valoració Integral Geriàtrica. Ha demostrat ser un instrument senzill (respecte el contingut), ràpid (amb un temps d'administració de 5-10 minuts), precís (facilita el diagnòstic situacional mitjançant una variable contínua) i altament predictiu (amb elevada correlació amb la mortalitat).

L'Índex Fràgil-VIG facilita l'adequació de la intensitat terapèutica (proporcionant les actuacions d'acord amb la situació clínica i les voluntats dels pacients), la planificació avançada i l'optimització de l'ús de recursos en base a objectius assistencials consensuats entre pacients, familiars i professionals.¹⁰

Figura 3: Índex Fràgil-VIG i enfocament terapèutic del pacient. A partir de determinats valors, es recomana anteposar la funcionalitat o el benestar sobre la supervivència



Font: Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils⁴

L'Índex Fràgil-VIG disposa d'una calculadora online. En la següent pàgina web es pot descarregar la calculadora de l'Índex Fràgil-VIG, així com també un breu manual d'instruccions: [Disponible en línia <https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>]¹¹

A QUI CAL FER DIAGNÒSTIC SITUACIONAL ABANS D'UNA ENDOSCÒPIA DIGESTIVA?

Les persones grans i/o amb problemes de salut crònics es beneficien d'un enfocament individualitzat i centrat en la persona. Les persones **amb necessitats complexes d'atenció o cronicitat complexa (PCC)** i les persones **amb necessitats paliatives o cronicitat avançada (MACA)**, ateses les seves característiques específiques són les més indicades (annex 3 i 4).^{4,12,13}

En tota persona de més de 80 anys i en persones més joves amb pluripatologia, si no hi ha una valoració geriàtrica prèvia, caldria fer una valoració abans de qualsevol intervenció invasiva, entre les que inclourem els procediments endoscòpics.

QUI HAURIA DE FER EL DIAGNÒSTIC SITUACIONAL?

En situacions de complexitat clínica, la presa de decisions es un procés de col·laboració interdisciplinari i que, a vegades, requereix la col·laboració entre diferents nivells assistencials. Dit això, habitualment la valoració del grau de fragilitat i diagnòstic situacional la faran **els equips de referència habituals** del pacient com són els professionals de AP que per la seva proximitat i continuïtat assistencial coneixen la situació global del pacient, i poden determinar més fàcilment el grau de fragilitat.

Aquesta valoració abans de l'ED ha de constar a la història clínica. Si no hi consta, **es recomana que, abans de demanar la ED, els equips assistencials d'Atenció Primària (AP) facin una valoració geriàtrica del pacient.** Es recomana fer una valoració inicial des d'AP utilitzant el CFS com a cribratge i l'Índex Fràgil-VIG en casos dubtosos i sol·licitar **una valoració geriàtrica especialitzada en els casos més dubtosos o complexes.**

Els equips de Geriatria estan especialitzats en valoracions de màxima complexitat clínica i hauran d'actuar si és necessari. Altres equips hospitalaris, però, poden fer un diagnòstic situacional de qualitat. L'objectiu final serà que tots els equips que atenen habitualment al pacient el considerin sempre des de la seva globalitat, no centrat exclusivament en una malaltia concreta.

El digestòleg que valora la petició de ED pot fer, si la valoració geriàtrica no està disponible a la Història Clínica Compartida, una avaluació provisional en funció de les dades de la mateixa Història Clínica Compartida. Donat que l'avaluació del digestòleg es farà en base a dades indirectes i sense conèixer personalment al pacient es considera que serà menys acurada. Per això es recomana només si no s'han produït una avaluació recent per AP o Geriatria o si hi ha una discrepància molt evident entre la valoració geriàtrica disponible i les dades de la HCC. Si es produeix l'avaluació pel digestòleg, aquesta haurà de ser confirmada o validada conjuntament amb els equips d'AP o de Geriatria corresponents abans de prendre una decisió definitiva.

INDICACIONS DE ED SEGONS GRAU DE FRAGILITAT

Indicacions en fragilitat avançada (IF Fràgil-VIG > 0'5 o CFS ≥ 7)

Tal com s'ha comentat prèviament, en pacients amb fragilitat avançada habitualment els objectius diagnòstico-terapèutics es basen en **garantir el benestar i el control simptomàtic**. Acostumen a **NO** ser **tributaris de mesures invasives** -incloses les exploracions endoscòpiques- a causa de l'esperança de vida més curta i un alt risc de complicacions.

Indicacions en fragilitat lleu moderada (IF Fràgil-VIG 0'2-0'5 o CFS 5-6)

En pacients amb fragilitat lleu moderada serà més pertinent que els objectius diagnòstico-terapèutics siguin amb intenció d'obtenir un benefici clínic amb finalitat per **promoure i mantenir l'autonomia i la qualitat de vida, però no la supervivència**. Per tant, cal avaluar la indicació de la prova només si el resultat pot dur a mesures que millorin l'estat funcional o la qualitat de vida del pacient.

Absència de fragilitat o prefragilitat (IF Fràgil-VIG < 0'2 o CFS 1-4)

En pacients amb absència de fragilitat o pre-fragilitat IF Fràgil-VIG < 0'2 o CFS 1-4 els objectius diagnòstico-terapèutics són similars als de la població general, i s'han de considerar també les mesures preventives amb la finalitat de millorar la supervivència.

COM S'ARTICULA LA RELACIÓ ENTRE AP, GERIATRIA I DIGESTIU?

Existeixen actualment diferents sistemes de relació als diversos indrets de Catalunya entre els metges de família de l'Atenció Primària (AP), els digestòlegs i el geriatres. La idiosincràsia de les organitzacions i els mitjans disponibles defineixen els sistemes establerts en cada cas. La **telemedicina** cada cop té un paper més rellevant i facilitador, que ha de repercutir en una millora en l'atenció als usuaris.

En aquesta guia no pretenem, per tant, fer recomanacions específiques sabent que quedaran obsoletes i que estan subjectes a les especificitats de cada territori. Sí que volem incidir en la **importància de que s'estableixin i enforceixin els sistemes de connexió** que facilitin la interrelació de manera **àgil i bidireccional**. El que si es suggereixen són algunes de les eines que poden ser d'utilitat. Algunes de les experiències de comunicació actuals que s'han mostrat útils són:

- Elaboració de **protocols compartits** amb equips multidisciplinaris d'un determinat territori. L'elaboració es pot fer a nivell nacional (com el present document) o a través de protocols locals, que també poden aplicar localment les recomanacions generals.
- **Interconsultes virtuals** des d'Atenció Primària al servei de digestiu o geriatria.
- Us de grups específics de **xarxes socials o missatgeria instantània** (p.e. XatSalut)¹⁴ preservant la confidencialitat dels pacients.
- **Reunions virtuals o presencials** periòdiques d'un equip mèdic d'AP amb el servei de digestiu o geriatria de referència revisant casos clínics complexos. Això permet acordar el maneig de casos clínics reals de forma conjunta. En els casos concrets que ho requereixin, es poden fer amb més d'una especialitat.

- Creació de la figura del **referent d'atenció primària**. Un metge d'atenció primària amb interès especial en una patologia concreta, en aquest cas digestiu i geriatria. Aquest referent seria el responsable de la comunicació amb els especialistes hospitalaris i de les activitats de formació. A més, a nivell de la valoració geriàtrica integral i de la utilització de l'IF-VIG la infermera d'AP i la infermera del servei de digestiu o de geriatria poden tenir un paper important.
- Creació de l'**especialista referent d'atenció primària**: Especialista hospitalari que dona suport a un o més centres d'atenció primària. Es coordinaria amb el referent i els equips d'AP per les consultes sense pacient, les reunions per comentar casos i la docència.
- En el cas del pacient geriàtric, els **serveis de geriatria** poden donar suport tant mitjançant la resolució d'interconsultes específiques com mitjançant la gestió directa de pacients complexos i/o amb discapacitat avançada.



REFERÈNCIES

01. Cha JM, Kozarek RA, La Selva D, et al. Risks and Benefits of Colonoscopy in Patients 90 Years or Older, Compared With Younger Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14:80-86.
02. Neilson LJ, Thirugnanasothy S, Rees CJ. Colonoscopy in the very elderly. *Br Med Bull*. 2018;127:33-41.
03. Raons per compartir les decisions. Generalitat de Catalunya. URL: <http://decisionscompartides.gencat.cat/ca/que-es/raons-per-compartir-la-decisio/> Data última actualització: 2014. Consultat: 5/2021.
04. Amblàs J., Amil P. Bocanegra I, et al. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat pla director sociosanitari. Direcció estratègica d'atenció primària. CatSalut. Generalitat de Catalunya. Accessible a: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/Arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf> Publicat 2/2020. Consultat: 5/2021.
05. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-495.
06. Wallis SJ, Wall J, Biram RWS, Romero-Ortuno R. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. *QJM* 2015;108:943-949.
07. Basic D, Shanley C. Frailty in an older inpatient population: Using the clinical frailty scale to predict patient outcomes. *J Aging Health* 2015; 27:670-685.
08. Clinical Frailty App. Acute Frailty Network. NHS Accessible a: <https://www.acutefrailtynetwork.org.uk/Clinical-Frailty-Scale/Clinical-Frailty-Scale-App>. Ata última revisió 2015, Consultat: Maig 2021.
09. Rockwood, K., & Theou, O. Using the clinical frailty scale in allocating scarce health care resources. *Canadian Geriatrics Journal* 2020; 23:210.
10. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):1-12. doi:10.1186/s12877-018-0718-2
11. Index-Fragil-VIG, calculadora. Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG). Accessible a: <https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>. Última actualització 2018. Consultada 5/2021.
12. Turrillas, P., Peñafiel, J., Tebé, C. Et al. NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021
13. Programa NECPAL: Identificació de les necessitats palliatives per a la millora de l'atenció integral i integrada en persones amb cronicitat avançada. Càtedra de Cures Palliatives. Universitat de Vic. Universitat Central de Catalunya. Accessible a: www.catedrapaliativos.com/NECPAL. Consultat 5/2021.

Secretaria Tècnica



L'Acadèmia












FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



Departament d'Activitats i Congressos
Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Sr. Enric Clarella
Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569
enricclarella@academia.cat
www.scdigestologia.org

Documents publicats

- | | | |
|---|-------------|--|
|  | 2011 | Utilitat Diagnòstica del Fibroscan® Utilitat Diagnòstica de la Càpsula Endoscòpica |
|  | 2012 | Tractament Triple de l'Hepatitis Crònica C, Genotip 1 Sedació a l'Endoscòpia Digestiva |
|  | 2013 | Maneig de l'Hemorràgia Digestiva per Hipertensió Portal Recomanacions pel Maneig de l'Hemorràgia Digestiva Baixa Aguda |
|  | 2014 | Valoració i Tractament de la Pancreatitis Aguda Recomanacions pel Maneig del Fetge Gras no Alcohòlic |
|  | 2015 | Recomanacions per l'Avaluació i Tractament del Pacient Cirròtic Crític Diarrea Crònica: Definició, Classificació i Diagnòstic |
|  | 2016 | Hemorràgia Digestiva Alta No Deguda a Hipertensió Portal Malalties Hepàtiques Autoimmunes |
|  | 2017 | Recomanacions per al Maneig de les Malalties Vasculares Hepàtiques Actualització en el Tractament de la Infecció per <i>Helicobacter pylori</i> |
|  | 2018 | Maneig de la Insuficiència Hepàtica Aguda Greu Diagnòstic i Tractament de la Síndrome de l'Intestí Irritable |
|  | 2019 | Actualització del calendari vacunal en pacients no oncològics amb malalties inflamatòries cròniques en tractament amb immunosupressor i/o biològic Vies Clíniques Malalties Hepàtiques Abordatge inicial de les malalties funcionals digestives |
|  | 2020 | Selecció del donant per a la transferència de microbiota fecal Epidemiologia, etiologia, diagnòstic i tractament de la pancreatitis crònica Efectes Adversos Gastrointestinals de la Immunoteràpia Efectes Adversos Hepàtics de la Immunoteràpia i el seu impacte en el maneig de Pacients amb Carcinoma Hepatocèl·lular Mesures de contenció en les unitats d'endoscòpia davant el COVID-19 Ecografia per especialistes en patologia digestiva Recomanacions de la Societat Catalana de Digestologia i de la Societat Catalana d'Endoscòpia Digestiva Médico-Quirúrgica pel restabliment de l'activitat d'endoscòpia segons l'evolució de la pandèmia per COVID-19 |
|  | 2021 | Indicacions i valoració del risc de les exploracions endoscòpiques en persones d'edat avançada o fràgils |