

Δ Cr menor que los pacientes con AUCnv intermedio, y éstos a su vez menor que los pacientes con AUCnv elevado: a) A los 3 meses: Δ Cr 0,12 mg/dL vs Δ Cr 0,16 mg/dL vs Δ Cr 0,25 mg/dL respectivamente ($p < 0,001$); b) a los 6 meses; Δ Cr 0,13 mg/dL vs Δ Cr 0,20 mg/dL vs Δ Cr 0,29 mg/dL ($p = 0,002$); c) a los 12 meses Δ Cr 0,20 mg/dL vs Δ Cr 0,23 mg/dL vs Δ Cr 0,28 mg/dL ($p = 0,029$).

Conclusiones

El AUCnv es un indicador de exposición acumulada a tacrolimus que se relaciona estrechamente con el deterioro de la función renal tras el trasplante hepático. No obstante, la función renal tiende a empeorar incluso en rango bajo de AUCnv por lo que resulta imprescindible una estrategia multidisciplinar de nefroprotección a largo plazo.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN II

CO-09. CAPUCHÓN Y ENDOCUFF® ¿ÚTILES EN COLONOSCOPIAS DE SCREENING DE CCR Y VIGILANCIA TRAS RESECCIÓN DE PÓLIPOS?

GARCÍA-GAVILÁN, MC¹; ALCALDE-VARGAS, A¹; SÁNCHEZ-YAGÜE, A¹; RIVAS-RUIZ, F²; SÁNCHEZ-CANTOS, A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²SERVICIO MATEMÁTICA APLICADA Y ESTADÍSTICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es muy prevalente a nivel mundial, por ello son fundamentales los programas de screening. El uso de dispositivos de ayuda a la visualización pretende aumentar la detección de adenomas, aunque no hay estudios que comparen estos dispositivos entre sí. Nuestro objetivo fue comparar la tasa de detección de adenomas (TDA) de las colonoscopias de screening de CCR o vigilancia tras resección de pólipos (VRP) realizadas sin dispositivo, con capuchón o Endocuff®.

Material y métodos

Estudio prospectivo de las colonoscopias de screening de CCR y VRP, en el Complejo Hospitalario Costa del Sol y QuirónSalud Marbella, entre junio 2016 y agosto 2017, sin dispositivo, con capuchón o Endocuff®. Criterios de exclusión: cirugía colónica previa, colonoscopia incompleta, mala preparación, enfermedad inflamatoria intestinal, test de sangre oculta positivo y síndromes de CCR hereditario. Se valoró el uso de los dispositivos, operador, indicadores de la calidad, tamaño, tipo e histología de los pólipos encontrados. Se tomó como variable resultado la detección de adenomas, y se comparó según el dispositivo utilizado mediante el test de Anova. Nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron las colonoscopias realizadas en 236 pacientes (edad media 57,05 años): 75 sin dispositivos, 78 con capuchón y 83 con Endocuff®. Puntuación media de limpieza colónica de 7,55 de la escala de Boston. Se observó una TDA global del 44,0%, siendo el 15,3% pólipos planos, el 68,2% pólipos < 5 mm y el 40,8% adenomas tubulares con displasia de bajo grado. Se detectaron 3 casos de CCR (el 1,3% de las colonoscopias realizadas) y 12 adenomas avanzados (el 9,3%). Según los dispositivos utilizados, se observó una TDA del 38,7% sin dispositivo, del 41,6% con capuchón y del 50,6% con Endocuff®. Aunque no estadísticamente significativo ($p = 0,24$), se observó un incremento de la TDA global con el uso de Endocuff® al compararlo con el capuchón y las colonoscopias sin dispositivos. Este aumento en la TDA sí se muestra significativamente superior en colon izquierdo ($p = 0,008$). En cuanto a la tasa de detección de pólipos en general, el Endocuff® también se muestra superior frente al capuchón y colonoscopias sin dispositivos ($p = 0,025$), siendo también superior en colon izquierdo ($p = 0,007$).

| | Nivel de significación |
|--|------------------------|
| Detección de pólipos | $p = 0,025$ |
| Detección de pólipos en colon derecho | $p = 0,713$ |
| Detección de pólipos en colon izquierdo | $p = 0,007$ |
| Detección de adenomas (TDA Global) | $p = 0,248$ |
| Detección de adenomas en colon derecho | $p = 0,482$ |
| Detección de adenomas en colon izquierdo | $p = 0,008$ |

Tabla 1

Niveles de significación para el uso de Endocuff® en comparación con capuchón y endoscopias sin dispositivos.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Colonoscopias de screening de CCR | 161 | 68,2% |
| Colonoscopias de vigilancia tras resección de pólipos | 72 | 30,8% |
| Colonoscopias sin dispositivos | 75 | 31,8% |
| Colonoscopias con capuchón | 78 | 33,1% |
| Colonoscopias con endocuff® | 83 | 35,2% |
| Pólipos planos o levemente elevados | 36 | 15,3% |
| Hallazgo de pólipos de pequeño tamaño (< 5 mm) | 48,3 | 89,1% |
| Adenomas avanzados | 12 | 9,3% |
| CCR | 3 | 1,3% |

Tabla 2

Estudio descriptivo.

Conclusiones

El uso de Endocuff® aumenta significativamente la tasa de detección de adenomas en colon izquierdo al compararlo con el capuchón y las colonoscopias sin dispositivos de ayuda a la visualización. Además, aumenta la tasa de detección de pólipos en general y sobre todo en colon izquierdo.

CO-10. ESTUDIO DE COHORTE AMBISPECTIVO QUE COMPARA LA PÉRDIDA DE RESPUESTA DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR (REMSIMA®) FRENTE AL INFLIXIMAB ORIGINAL (REMICADE®) A 12 MESES DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

GUERRA-VELOZ, MF¹; VALDÉS-DELGADO, T¹; BELVIS-JIMÉNEZ, M¹; MORENO-MÁRQUEZ, C¹; PEREA-AMARILLO, R¹; CASTRO-LARIA, L¹; MALDONADO-PÉREZ, B¹; BENÍTEZ-ROLDÁN, A¹; MERINO, V²; CAUNEDO-ÁLVAREZ, Á¹; ARGÜELLES-ARIAS, F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Después de la aprobación del biosimilar de infliximab por parte de la EMA, escasos estudios se han realizado comparando efectividad y seguridad del infliximab original (Remicade®) vs. biosimilar de infliximab (Remsima®) en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), ya que la aprobación se basó en la extrapolación de resultados en otras patologías. El objetivo del estudio es comparar la pérdida de eficacia del biosimilar de infliximab (Remsima®) en pacientes "switch" frente al infliximab de referencia (Remicade®).

Material y métodos

Se trata de un estudio de cohorte ambispectivo observacional de un año de seguimiento. Una cohorte (retrospectiva) constituida por pacientes con EII que estuvieron en tratamiento con infliximab original (Remicade®) en el periodo del 2014-2015 y otra cohorte (prospectiva) constituida por pacientes a quienes se sustituyó el fármaco original (Remicade®) por el biosimilar de infliximab (Remsima®) en el periodo del 2015-2016. Se analizaron características basales de los pacientes, así como la pérdida de respuesta en ambos periodos a los 12 meses de tratamiento.

Resultados

Las características fenotípicas de los pacientes se describen en la tabla 1 según la Clasificación de Montreal. En la cohorte prospectiva se incluyeron 98 pacientes con EII (67 EC / 31 CU), 56,1% hombres, 68,3% no fumadores. El 83,6% (56/67) de los pacientes con EC estaban en remisión en el momento del cambio y 62,7% a los 12 meses. En los pacientes con CU el 80,6% (25/31) estaban en remisión al momento del cambio y el 64,3% a los 12 meses.

En la cohorte retrospectiva se incluyeron 98 pacientes con EII (67 EC/ 31 CU), 58,2% hombres, 68,3% no fumadores. El 76,1% (51/67) de los pacientes con EC estaban en remisión inicial y el 68,7% (46/67) a los 12 meses. En los pacientes con CU el 83,9% (26/31) estaban en remisión inicial y el 77,4% (24/31) a los 12 meses.

Cuando se comparó la pérdida de eficacia en ambos períodos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,5 y p=0,4, respectivamente) (Figuras 1 y 2).

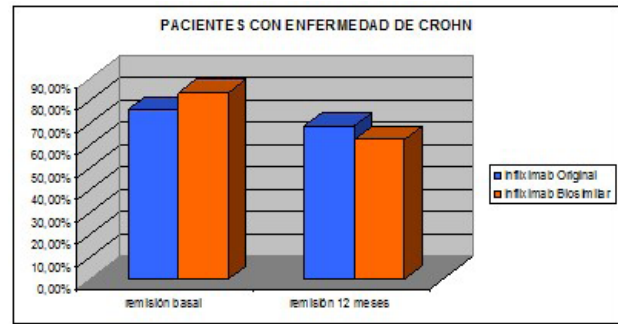


Figura 1 Pérdida de la eficacia en la enfermedad de Crohn.

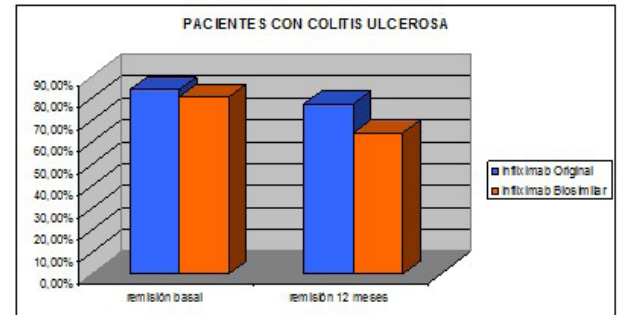


Figura 2 Pérdida de la eficacia en la colitis ulcerosa.

| Características | | n (2015-2016) 98 | | n (2014-2015) 98 | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------|----------------------|-------|
| Sexo | Hombres | 55/98 | 56.1% | 57/98 | 58.2% |
| | Mujeres | 43/98 | 43.9% | 41/98 | 41.8% |
| No fumador Ex fumador Fumador | | 67/98 | 68.3% | 67/98 | 68.3% |
| | | 18/98 | 18.4% | 16/98 | 16.3% |
| | | 13/98 | 13.3% | 15/98 | 15.3% |
| Enfermedad de Crohn | | | | | |
| Edad al diagnóstico | A1 (< 16) | 7/67 | 10.4% | 9/67 | 13.4% |
| | A2 (17- 40) | % | | 50/67 | 74.6% |
| | A3 (>41) | 49/67 | 73.1% | 8/67 | 12% |
| | | 11/67 | 16.4% | | |
| Localización al diagnóstico | L1 (ileal) | % | | 16/67 | 23.9% |
| | L2 (colónica) | | | 27/67 | 40.3% |
| | L3 (ileocólica) | 18/67 | 26.9% | 22/67 | 32.8% |
| | L4 (tracto gastrointestinal alto) | 26/67 | 38.8% | 2/67 | 3% |
| Comportamiento de la enfermedad | B1 (no estenosante, no penetrante) | 21/67 | 31.3% | | |
| | B2 (estenosante) | 2/67 | 3% | 41/67 | 61.2% |
| | B3 (penetrante) | 38/67 | 56.7% | 13/67 | 19.4% |
| Enfermedad perianal | | 14/67 | 20.9% | 13/67 | 19.4% |
| | Si | | | 35/67 | 52.2% |
| Manifestaciones extraintestinales | | 15/67 | 22.4% | | |
| | No | 37/67 | 55.2% | 40/67 | 59.7% |
| Colitis ulcerosa | | | | | |
| Extensión | E1 (proctitis) | 42/67 | 62.7% | | |
| | E2 (colitis izquierda) | | | | |
| | E3 (pancolitis) | | | | |
| Severidad | S1 (leve) | 13/31 | 41.9% | 15/31 | 48.4% |
| | S2 (moderada) | 10/31 | 32.3% | 9/31 | 29% |
| | S3 (severa) | 8/31 | 25.8% | 7/31 | 22.6% |
| Manifestaciones Extraintestinales | | 11/31 | 35.5% | 10/31 | 32.3% |
| | | 16/31 | 51.6% | 16/31 | 51.6% |
| | | 4/31 | 12.9% | 5/31 | 16.1% |
| | No | 26/31 | 83.9% | 27/31 | 87.1% |

Tabla 1 Características fenotípicas según la Clasificación de Montreal.

Conclusiones

Según estos resultados ambos medicamentos tienen una pérdida de eficacia a los 12 meses similar. Por tanto el biosimilar de infliximab se muestra igual de eficaz que el medicamento de referencia a largo plazo. No obstante se necesitan estudios comparativos y prospectivos que avalen estos resultados.

CO-11. LA FRECUENCIA CRÍTICA DE PARPADEO MEJORA SU RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y PREDICTIVO DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA AL INCORPORAR LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR COMO CRITERIO DE CALIDAD.

SENDRA, C; AGUILERA, V; AMPUERO, J; MILLÁN, R; RICO, MC; BAUTISTA, E; ROMERO-GÓMEZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La frecuencia crítica de parpadeo (FCP) detecta encefalopatía hepática mínima (EHm), predice encefalopatía hepática clínica (EH), progresión de la cirrosis y supervivencia. Nuestro objetivo fue analizar criterios de calidad de la medición de FCP que puedan aumentar su rendimiento diagnóstico y predictivo de EHm y EH.

Material y métodos

Estudio prospectivo con 137 pacientes con cirrosis hepática, incluyendo finalmente 115 (Figura 1). La medición de la FCP se calculó como promedio de diez mediciones consecutivas (patológico <39 Hz). Como criterios de calidad asociados a la FCP, se tomó en cuenta la dispersión de los valores medidos mediante: a) mediana, b) rango intercuartílico (IQR), y c) desviación estándar (DS). La EHm fue detectada mediante test psicométricos (PHES) (patológico <-4 puntos). Para evaluar la utilidad de los criterios de calidad, se analizaron la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de FCP en comparación con PHES. Asimismo, se analizó la capacidad predictiva de FCP (basado en el mejor criterio de calidad) en la predicción de EH durante un seguimiento de 1,6±1,1 años.

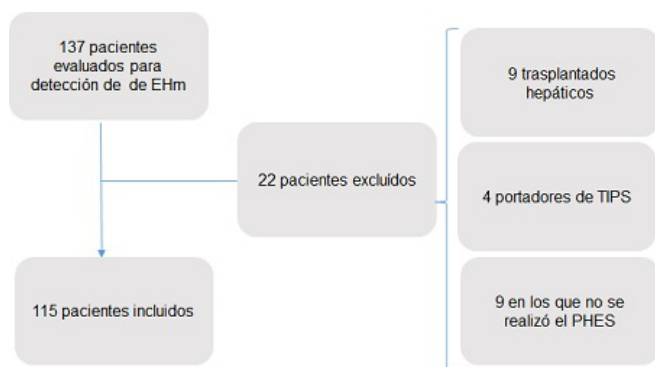


Figura 1 Diagrama de flujo.

Resultados

El 36,5% (42/115) de los pacientes presentaron discordancia entre FCP y PHES. La medida de dispersión de FCP que se asoció a una mayor discordancia fue la DS. Sin criterios restrictivos de calidad, la FCP clasificó correctamente al 62,6% (72/115) de los pacientes respecto al PHES (S 51%; E 70,6%; VPP 54,5%; VPN 67,6%). En pacientes con FCP ajustado por DS 2 (Tabla 1). La FCP 39 Hz 8,7% (4/46); logRank 8.301, p=0,004 (Figura 2), pero no se encontraron diferencias en pacientes con una dispersión > 2DS (14,3% (1/7) vs. FCP >39 Hz 10% (3/30); logRank 0.007, p=0,935) (Figura 3).

| | Sensibilidad | Especificidad | VPP | VPN | Clasificación correcta |
|----------------|--------------|---------------|-------|-------|------------------------|
| Cohorte global | 51% | 70,6% | 54,5% | 67,6% | 62,6% |
| DE < 2 | 71,9% | 68,1% | 60,5% | 78% | 69,6% |
| DE > 2 | 6,7% | 76,2% | 16,7% | 53,3% | 47,2% |

Tabla 1

Porcentaje de pacientes correctamente clasificados de EHm tras la introducción de criterios restrictivos de calidad.

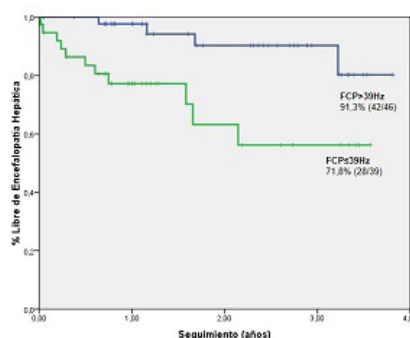


Figura 2

Desarrollo de EH clínica en pacientes con una dispersión < 2DS.

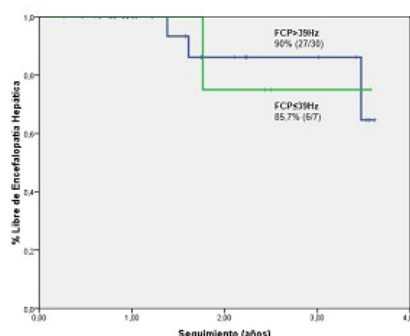


Figura 3

Desarrollo de EH clínica en pacientes con una dispersión > 2DS.

Conclusiones

La precisión de la FCP para diagnosticar EHm y predecir EH clínica fue superior cuando las diferentes medidas mostraban una dispersión inferior a 2 DS. Por tanto, medidas de la FCP con poca dispersión tienen mayor seguridad diagnóstica y generan resultados de mayor calidad. La valoración de la FCP corregida por la dispersión permitirá resolver algunas de las limitaciones de esta técnica.

CO-12. PAPEL DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DE FIBROBLASTO 21 (FGF21) EN PACIENTES CON EGHNA: ESTUDIO GENÉTICO Y FUNCIONAL.

GALLEGO-DURÁN, R¹; AMPUERO, J¹; DEL CAMPO, JA²; PASTOR-RAMÍREZ, H¹; MARTÍN-BERMUDO, F³; RICO, MC¹; MILLÁN, R¹; GIL-GÓMEZ, A¹; ROJAS, A³; ARIAS-LOSTE, MT⁴; GARCÍA-VALDECASAS, M¹; ABAD, J⁵; ROJAS, Á¹; CALLEJA, JL¹; ANDRADE, R⁶; CRESPO, J⁴; GARCÍA-MONZÓN, C⁷; ROMERO-GÓMEZ, M¹

¹LABORATORIO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²LABORATORIO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ³LABORATORIO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ⁴DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER. ⁵DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, MAJADAHONDA. ⁶DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁷DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, MADRID.

Introducción

El factor de crecimiento de fibroblasto 21 (FGF21) juega un papel central en la homeostasis glucídica y lipídica, actuando como un potente activador de la toma de glucosa. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el papel de FGF21 en la enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica (EGHNA).

Material y métodos

Este estudio incluyó: (i) evaluación de la expresión génica de FGF21 en hígado de pacientes (n=20, 10/20 NASH, 10/20 esteatosis simple) y en células mononucleares de sangre periférica (PBMC) (n=30) (ii) evaluación de FGF21 circulante en suero de 38 pacientes (iii) análisis de un polimorfismo de nucleótido simple localizado en el gen FGF21 (rs838133) en 225 pacientes. La evaluación de daño hepático se realizó por Kleiner, analizando la fibrosis y el NAS score. Un score adicional semi-cuantitativo para fibrosis significativa (F2-F3-F4) fue analizado.

Resultados

(i) La expresión de FGF21 se encontró sobre-expresada en NASH (3,45±4,0) vs. esteatosis simple (0,63±0,90). No se detectaron productos de PCR en PBMC. (ii) Los pacientes con NASH (2,17±0,77 vs. 1,55±0,79; p=0,025) y degeneración balonzante (2,30±0,71 vs. 1,69±0,76; p=0,045) mostraron niveles incrementados de FGF21 circulante. (iii) Tras el estudio multivariado, las variables asociadas de manera independiente con la fibrosis significativa fueron: alelo A del SNP rs838133 de FGF21 [OR 3,91 (IC 95% 1,09-14,06); p=0,006]; edad [OR 1,07 (IC 95% 1,03-1,11); p=0,001]; diabetes mellitus tipo 2 [OR 4,08 (IC 95% 1,51-10,97); p=0,005] y finalmente, ALT [OR 1,03 (IC 95% 1,01-1,04); p=0,000]. El AUROC obtenida para la predicción de fibrosis significativa fue de 0,89 [IC 95% CI 0,85-0,95].

Conclusiones

La expresión del gen de FGF21, tanto a nivel hepático como circulante, se encontró incrementada en pacientes con NASH. El

alelo A de la variante rs838133 se asoció con un riesgo incrementado de fibrosis significativa. La resistencia a FGF21 podría explicar este efecto en la progresión del NASH.

CO-13. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A¹; MARTÍNEZ-TIRADO, MP¹; DIÉGUEZ-CASTILLO, C¹; PIÑAR-MORALES, R²; PALACIOS-PÉREZ, Á¹; SALMERÓN-ESCOBAR, FJ¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA, GRANADA. ²SERVICIO NEUROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA, GRANADA.

Introducción

La levodopa constituye la base del tratamiento de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). A los 5 años el 40% presentan complicaciones motoras y no motoras relacionadas con la pérdida gradual de neuronas dopaminérgicas y niveles fluctuantes de la levodopa en plasma, dificultando un control óptimo de los síntomas. Desde hace unos años la infusión continua de levodopa intraduodenal (Duodopa®) constituye una alternativa a la infusión subcutánea de apomorfina y a la cirugía en estos pacientes. Revisamos nuestra experiencia en eficacia, seguridad y tolerancia.

Material y métodos

Estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo, que incluye todos los pacientes con EP derivados desde el servicio de Neurología del Hospital Campus de la Salud de Granada entre los años 2015-2017 para colocación de sonda intraduodenal para infusión de levodopa.

Resultados

Se realizaron 7 gastrostomías (5 en mujeres y 2 en hombres) (edad media 65 años, 51-79 años). Todos los pacientes presentaban una EP avanzada (estadio III-IV de Hoehn Yahr) en tratamiento previo con levodopa y agonistas dopaminérgicos. En todos los casos se realizó previamente el test de infusión con levodopa/carbidopa por sonda nasogástrica. El procedimiento se llevó a cabo en la Unidad de Endoscopias, bajo anestesia general y con la colaboración de una enfermera experta en el manejo de la bomba de infusión. Los pacientes recibieron cefoxitina intravenosa como profilaxis antibiótica. Se realizó la gastrostomía por la técnica habitual, introduciendo en un segundo tiempo la sonda yeyunal a su través y arrastándola hasta duodeno distal. En todos los casos fue posible la realización del procedimiento sin complicaciones inmediatas. Los pacientes permanecieron en Reanimación durante tres horas, continuando ingresados en Neurología durante un día. No registramos ninguna complicación tardía salvo un caso de infección del estoma en relación al cuidado de la sonda. Tras una media de seguimiento de 14 meses todos los pacientes presentaron mejoría sintomática con aumento del tiempo on, disminución del temblor, discinesias y mejoría de los síntomas no motores.

Conclusiones

La colocación de la sonda de gastrostomía para infusión intraduodenal de levodopa constituye un método seguro y bien tolerado en pacientes con EP avanzada. Puede realizarse con seguridad en la Unidad de Endoscopia, pero exige la colaboración del Servicio de Anestesia y de personal de enfermería experto en el manejo de la bomba de infusión. Supone una alternativa eficaz para el control de las fluctuaciones motoras y no motoras en pacientes con EP avanzada que no son candidatos o no aceptan otros tratamientos como la estimulación cerebral profunda.

CO-14. PAPEL DE LOS PARÁMETROS DE LABORATORIO RUTINARIOS COMO FACTORES DE RIESGO DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE.

VALVERDE-LÓPEZ, F; ABELLÁN-ALFOCEA, P; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; RÉDONDO-CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

La clasificación de Atlanta revisada en 2012 ha supuesto un importante cambio conceptual en lo que a pancreatitis aguda (PA) se refiere, distinguiendo tres grados de gravedad en función de la presencia y duración de fallo orgánico, lo cual tiene importancia pronóstica. Pretendemos valorar qué parámetros analíticos obtenidos rutinariamente en pacientes con PA constituyen factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda grave (PAG).

Material y métodos

Se incluyeron a los pacientes ingresados en HUVN entre junio 2010 y junio 2012 diagnosticados de PA. Se realizó analítica en todos los pacientes al ingreso y a las 48 horas, obteniendo parámetros de laboratorio generalmente valorados en PA (función renal, perfil hepático, enzimas pancreáticas, hemograma, bioquímica básica y coagulación) y se clasificaron a los pacientes en PAG vs. Leve/Moderadamente-grave (L-MG) según los criterios de la clasificación de Atlanta revisada en 2012. Se realizaron las comparaciones entre ambos grupos mediante PAWS Statistics 17.0, usando el test exacto de Fisher o T de student según procediera.

Resultados

N=269, 52,8% mujeres 47,2% hombres, 17 casos con PAG (6,3%), 8 *exitus* (3%). Observamos como valores ya conocidos como factores de riesgo para PAG como el BUN (blood urea nitrogen) al ingreso son significativamente más altos en el grupo de PAG con respecto al grupo L-MG, demostrando nuestro estudio también diferencias entre el porcentaje de neutrófilos, la glucosa y el lactato entre ambos grupos (significativamente superiores en el grupo PAG). Los valores

de fibrinógeno casi alcanzan la significación estadística ($p=0,08$). Valores como el hematocrito, la amilasa, lipasa, PCR o creatinina no presentan diferencias significativas entre ambos grupos. Pasadas 48 horas, las diferencias entre ambos grupos son patentes en otros parámetros como la PCR o la creatinina, observando también un porcentaje de neutrófilos mayor en el grupo PAG.

Conclusiones

Aproximadamente, entre un 15-25% de los paciente con PA desarrollan una PAG, concentrándose en este grupo de pacientes la mortalidad. Ciertos valores de laboratorio como el BUN elevado al ingreso son conocidos FR para el desarrollo de PAG. Nuestro estudio demuestra como otros parámetros como la glucosa al ingreso, el porcentaje de neutrófilos al ingreso y a las 48 horas o el lactato se encuentran significativamente elevados en el grupo de PAG con respecto al grupo L-MG. No encontramos diferencias significativas en el fibrinógeno ($p=0,08$) pero probablemente aumentando el tamaño muestral sí las encontraríamos. Estos valores podrían ser utilizados para lo construcción de futuros scores pronósticos.

| | Total (media±DS) | Leve – Moderadament e grave | Grave | P |
|--|---------------------|-----------------------------------|---------------|--------|
| N | 269 | 252 | 17 | |
| Hematocrito (%) | 42.3 ± 5.62 | 42.26 ± 5.58 | 43 ± 6.33 | n.s. |
| Hematocrito 48h (%) | 39.29 ± 5.38 | 39.26 ± 5.21 | 38.10 ± 7.57 | n.s. |
| Leucocitos x 10⁹/L | 13129 ± 8501 | 12981 ± 8633 | 15321 ± 5988 | n.s. |
| Leucocitos 48h, x 10⁹ /L | 11313 ± 11504 | 11149 ± 11779 | 13741 ± 5788 | n.s. |
| Neutrófilos (%) | 82.1 ± 10.11 | 81.77 ± 10.22 | 87.8 ± 6.31 | 0.001 |
| Neutrófilos 48h (%) | 76.22 ± 12.14 | 75.48 ± 12.04 | 87.25 ± 6.05 | <0.001 |
| Glucosa (mg/dL) | 154 ± 67 | 152 ± 68 | 197 ± 79 | 0.007 |
| ALT (UI/L) | 160 ± 195 | 162 ± 200 | 130 ± 104 | n.s. |
| AST (UI/L) | 185 ± 239 | 188 ± 245 | 147 ± 122 | n.s. |
| Amilasa (UI/L) | 1621 ± 1319 | 1614 ± 1325 | 1714 ± 1269 | n.s. |
| Lipasa (UI/L) | 480 ± 636 | 477 ± 642 | 549 ± 529 | n.s. |
| Triglicéridos (mg/dL) | 109 ± 105 | 104 ± 95 | 186 ± 201 | n.s. |
| CRP (mg/L) | 55.5 ± 99.1 | 52.8 ± 99.3 | 95.7 ± 88.6 | n.s. |
| CRP 48h (mg/L) | 127.9 ± 121.8 | 115.5 ± 110.1 | 309.5 (143.8) | <0.001 |
| Calcio, (mg/dL) | 9.57 ± 7.36 | 9.63 ± 7.60 | 8.70 ± 1.17 | n.s. |
| Calcio 48h (mg/dL) | 8.36 ± 0.69 | 8.4 ± 0.63 | 7.87 ± 1.22 | n.s. |
| Creatinina (mg/dL) | 1.39 ± 5.38 | 1.35 ± 5.56 | 1.97 ± 1.03 | n.s. |
| Creatinina 48h (mg/dL) | 1.04 ± 0.69 | 0.93 ± 0.45 | 2.79 ± 1.18 | <0.001 |
| Lactato (mEq/L) | 2.08 ± 0.98 | 2.02 ± 0.95 | 3.06 ± 1.06 | <0.001 |
| Fibrinógeno (mg/dL) | 466 ± 149 | 462 ± 146 | 528 ± 189 | 0.088 |
| BUN (mg/dL) | 20.01 ± 11.43 | 18.77 ± 9.06 | 38.40 ± 22.72 | 0.003 |
| BUN 48h (mg/dL) | 18.02 ± 13.55 | 15.88 ± 10.02 | 49.60 ± 19.26 | <0.001 |

Tabla 1
Parámetros de laboratorio.

CO-15. FACTORES PREDICTORES DE RESANGRADO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ÚLCERA PÉPTICA.

SENDRA, C; CARBALLO-RUBIO, V; TRIGO-SALADO, C

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Analizar los factores predictores de resangrado, cirugía y mortalidad en los pacientes con hemorragia digestiva alta por úlcera péptica.

Material y métodos

Estudio retrospectivo que incluye 104 pacientes ingresados entre febrero 2015 a julio 2017 en la Unidad de Sangrantes del Hospital Universitario Virgen del Rocío por hemorragia digestiva alta por úlcera péptica (forrest Ia-IIb). Analizamos datos epidemiológicos, comorbilidades, fármacos, valores analíticos en urgencias (creatinina, urea, Hb, plaquetas, INR), forma de presentación de la hemorragia, repercusión hemodinámica, complicaciones cardiovasculares, requerimientos transfusionales, características de la úlcera y del procedimiento endoscópico.

Resultados

Las características de la cohorte se describen en la **tabla 1**. Los pacientes con edad más avanzada mostraron una mayor tendencia al resangrado (71,48±15,00 vs. 64,43±16,27 años; p=0,06). La tensión arterial sistólica (TAS) en Urgencias (96,95±20,56 vs. 111,44±23,14 mmHg; p=0,01), la Hb en Urgencias (79,35±28,39 vs. 95,94±21,84 g/L; p=0,015), la necesidad de transfusión antes de la endoscopia (32,7% vs. 11,5%; p=0,017) la inestabilidad hemodinámica (41,2% vs. 12,9%; p=0,002), la presencia de sangre en el estómago durante el procedimiento (28,3% vs. 11,6%; p=0,05), y el tamaño medio del vaso en mm (3,64±1,25 vs. 2,56 ±1,15 mm; p=0,039) se relacionaron con el riesgo de resangrado. Las úlceras mayores de 2 cm sólo se relacionaron con mayor riesgo de resangrado (66,7% vs. 18,2%; p=0,038) cuando se localizaron en cara anterior del bulbo duodenal. El resto de variables analizadas no se relacionaron con el riesgo de resangrado.

La TAS (89,83±11,05 vs. 109,60±23,39 mmHg; p=0,043) y la Hb en urgencias (59,83±31,31 vs. 94,26±22,52 g/L; p=0,001) se relacionaron también con mayor riesgo de resangrado tras un segundo gesto endoscópico.

La TAS en urgencias (82,33±19,66 vs. 110,07±22,59 g/L; p=0,004) la inestabilidad hemodinámica durante el ingreso (14,7% vs. 1,4%; p=0,014), el síncope (22,2% vs. 2,3%; p=0,008), y el tamaño de la úlcera (25,00±10,00 vs. 12,36±5,53 mm; p=0,00) se relacionan con mayor necesidad de cirugía.

| Características | Frecuencia |
|---|-------------|
| Edad (años) | 65,15±15,64 |
| Sexo masculino | 75% |
| Antecedentes úlcera péptica | 26% |
| Fumadores | 30,8% |
| Alcohol | 21,2% |
| Sin consumo previo de IBP | 78,8% |
| Fármacos: | |
| - AINEs distintos de AAS | 31% |
| - AAS | 26% |
| - Clopidogrel | 6,7% |
| - Prasugrel | 1,9% |
| - ISRS | 5,8% |
| - Sintrom | 8,7% |
| - Rivaroxaban | 1% |
| - HBPM | 1,9% |
| Inestabilidad hemodinámica | 32,7% |
| Síncope | 17% |
| Complicaciones cardiovasculares | 2,9% |
| Requerimientos transfusionales | 69,2% |
| Forrest: | |
| - Ia | 7,7% |
| - Ib | 26,9% |
| - IIa | 40,4% |
| - IIb | 25% |
| Localización: | |
| - Cara anterior bulbo duodenal | 41,3% |
| - Cara posterior bulbo duodenal | 13,5% |
| - Ápice bulbar | 10,6% |
| - Segunda porción duodenal | 4,8% |
| - Gástricas | 29,8% |
| Sangre en el estómago | 58,3% |
| Tratamiento endoscópico: | |
| - Adrenalina | 15,4% |
| - Adrenalina + polidocanol | 62,5% |
| - Adrenalina + hemoclip | 2,9% |
| - Adrenalina+polidocanol+hemoclip | 12,5% |
| - Ninguno | 6,7% |
| Resangrado | 22,1% |
| Resangrado tras dos gestos endoscópicos | 5,8% |
| Embolización | 1,9% |
| Cirugía | 5,8% |
| Mortalidad | 6,7% |

Tabla 1 Características de la cohorte.

Solo el número de concentrados de hematíes transfundidos se relacionó con la mortalidad (10,29±8,02 vs. 3,21±3,89; p=0,048).

Conclusiones

La Hb y la TAS de los pacientes en urgencias, la necesidad de transfusión antes de la endoscopia, la inestabilidad hemodinámica, la presencia de sangre en el estómago y, por primera vez descrito, el tamaño del vaso, predicen el riesgo de resangrado. La TAS en urgencias, la inestabilidad hemodinámica, el síncope y el tamaño de la úlcera predicen el riesgo de cirugía. Solo el número de concentrados de hematíes transfundidos se relacionó directamente con la mortalidad.

CO-16. REDUCCIÓN DE NIVELES DE TACROLIMUS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: COMPARACIÓN DE COMBINACIONES CON EVEROLIMUS VS MICOFENOLATO MOFETIL.

AMADO-TORRES, V¹; RODRÍGUEZ-PERÁLVAREZ, M¹; BARRERA, L²; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, R¹; ÁLAMO, JM²; GUERREROMISAS, M¹; BERNAL-BELLIDO, C²; CIRIA, R¹; SUÁREZ-ARTACHO, G²; AUMENTE, MD²; PADILLO-RUIZ, J²; GÓMEZ-BRAVO, MÁ²; DE LA MATA, M¹

¹UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ²UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La minimización de tacrolimus puede realizarse mediante su combinación con everolimus o micofenolato. El presente estudio pretende analizar cuál de las dos opciones es más efectiva en práctica clínica real.

Material y métodos

Estudio anidado en un proyecto observacional prospectivo que incluyó pacientes con hepatocarcinoma sometidos a trasplante hepático entre julio 2012 y diciembre 2015, cuyo protocolo de inmunosupresión consistió en tacrolimus e introducción precoz de everolimus (día 15-21 postrasplante) (TAC+EVE). El grupo de comparación consistió en controles históricos apareados por características del hepatocarcinoma que habían recibido tacrolimus en combinación con micofenolato (TAC+MMF) o en monoterapia (TAC). Se compararon los niveles de tacrolimus en los primeros 24 meses post-trasplante entre los diferentes grupos (TAC+EVE vs. TAC+MMF vs. TAC) mediante ANOVA. La correlación entre niveles valle de tacrolimus y everolimus se evaluó mediante el coeficiente r de Pearson.

Resultados

Se incluyeron 192 pacientes distribuidos en: TAC+EVE (n=64; 33,3%), TAC+MMF (n=75; 39,1%) y TAC (n=53; 27,6%). Los tres grupos fueron comparables en cuanto a edad (p=0,18), etiología etílica de la cirrosis (p=0,47) y creatinina pre-trasplante (p=0,58). La serología de VHC positiva fue más frecuente en el grupo TAC+EVE (39,6%) en comparación con TAC+MMF (31,5%) y TAC (28,8%) (p=0,029). Los niveles medios de tacrolimus en el primer mes fueron significativamente menores en el grupo TAC+EVE (7,11±2,3 ng/mL), en comparación con TAC+MMF (9,43±3,3 ng/mL) y TAC (9,31±2,4 ng/mL) (p<0,001). Asimismo, el grupo de pacientes que recibieron TAC+EVE mostraron niveles de tacrolimus más reducidos en todos los puntos de corte evaluados durante los primeros 18 meses post-trasplante (**Figura 1**). No existieron diferencias significativas en cuanto a tasa de rechazo probado por biopsia (TAC+EVE 7,8% vs. TAC+MMF 12,9% vs. TAC 9,6%; p=0,62), ni en tasa de rechazo tratado (TAC+EVE 22,6% vs. TAC+MMF 18,8% vs. TAC 18,4%; p=0,82). En el grupo TAC+EVE, los niveles medios de everolimus oscilaron entre 3,2-4,4 ng/mL en los primeros 24 meses post-trasplante. Notablemente, no se apreció una correlación lineal inversa entre los niveles de tacrolimus y everolimus. Tan sólo existió una correlación positiva discreta a los 12 y 24 meses post-trasplante (r=0,45; p=0,002 y r=0,42; p=0,033 respectivamente).

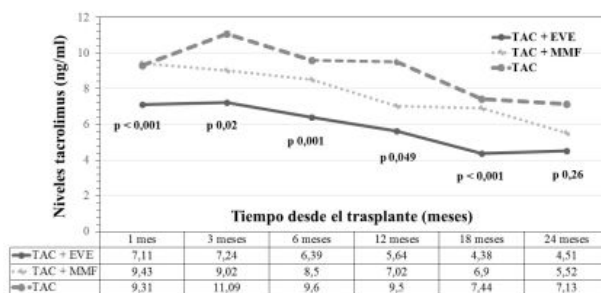


Figura 1

Niveles TAC pos trasplante. Los valores "p" que se adjuntan corresponden al nivel de significación estadística para las diferencias TAC+EVE vs. TAC+MMF, obtenido del análisis post-hoc (Games-Howell) mediante ANOVA.

Conclusiones

En práctica clínica real, la combinación con everolimus se asocia a niveles de tacrolimus más reducidos, sin incrementar el riesgo de rechazo. No parece necesario utilizar niveles elevados de everolimus para conseguir una minimización efectiva de tacrolimus.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN III

CO-17. INSUFLACIÓN CON DIÓXIDO DE CARBONO VS INSUFLACIÓN DE AIRE CONVENCIONAL EN LA COLONOSCOPIA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

MOLINA-VILLALBA, C; VIÑOLO-UBIÑA, C; LOZANO-COBO, J; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, P; GALLEGU-ROJO, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL.

Introducción

La colonoscopia es una importante herramienta diagnóstica. La insuflación es esencial para distender la luz y optimizar la visualización; pero causa dolor abdominal. El CO₂ se absorbe más rápido que el aire, causando menor distensión intestinal y menos dolor. Nuestros objetivos fueron: comparar el nivel de dolor mediante una escala visual analógica (EVA) durante, al final y a las 24 horas de la realización de colonoscopia bajo sedación utilizando insuflación con aire o CO₂, determinar si el incremento del perímetro abdominal (PA) tras la colonoscopia con CO₂ es inferior al del grupo aire y dilucidar la relación entre el perímetro abdominal y el nivel de dolor del paciente.

Material y métodos

Realizamos un estudio prospectivo, simple ciego, aleatorizado en dos grupos: insuflación con aire aquellos cuyo número de historia era impar, y los pares en el grupo de CO₂. Se incluyeron