

Conclusiones

Este estudio muestra, coincidiendo con publicaciones previas, que los pacientes con $IGBS \leq 1$ son menos complejos con un pronóstico excelente, siendo seguro su manejo ambulatorio. De hecho, retrasar la endoscopia no habría cambiado los resultados, con ahorros de salud. Nuestro hospital es un centro de referencia con especial dedicación a HDA que atiende un gran número de pacientes, que unido a un gastroenterólogo de guardia 24h/365días, determina en ocasiones un menor umbral para realizar endoscopia urgente. En conclusión, y como recomiendan las guías internacionales, el empleo de escalas pronósticas en HDA es útil para guiar la práctica clínica diaria.

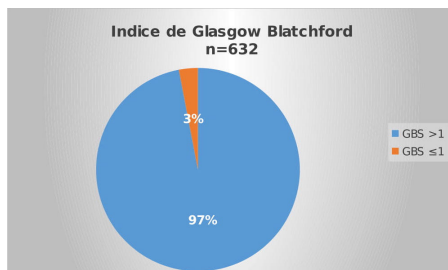


Figura 1

Total de pacientes con HDA con puntuación $> 0 \leq 1$ según el Índice de Glasgow Blatchford.

n = 632	IGBS>1 (613)	IGBS≤1 (19)	p
Sexo (Hombre)	47.4%	67.4%	0.089
Edad (años)	64.93	56.89	0.127
Comorbilidades	75.4%	26.3%	<0.001
Tabaco	20.8%	0%	0.026
Alcohol	18.99%	5.26%	0.001
Tratamiento antitrombótico	38.2%	10.5%	0.014
Pulso (lpm)	90.32	80.26	0.003
Tensión arterial sistólica (mmHg)	112.22	129.47	0.286
Pérdida de consciencia	12.2%	0%	0.027
Melenas	70.1%	31.6%	<0.001
Hematemesis	52.8%	63.2%	0.485
Urea (mg/dL)	86.11	31.68	<0.001
Creatinina (mg/dL)	1.21	0.79	<0.001
Albúmina (g/dL)	3.34	4.00	0.735
Hemoglobina (g/dL)	9.4	13.8	<0.001
Plaquetas	209,806	242,052	0.517
INR	1.56	1.01	<0.001
Tratamiento endoscópico	43.9%	10.5%	0.004
Transfusiones (concentrado de hemátias)	2.78	0	<0.001
Días de hospitalización	8.89	1.37	<0.001
Resangrado	17.8%	0%	0.043
Mortalidad hospitalaria	10.1%	0%	0.047
Mortalidad diferida	11.1%	0%	0.036
Eventos hemorrágicos diferidos	19.2%	0%	0.035
Eventos cardiovasculares diferidos	9.5%	0%	0.045
Necesidad de cirugía/radiología intervencionista	4.1%	0%	0.360

Tabla 1

Características de los pacientes.

SESIÓN II

CO-09. EFICACIA PARA LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE COLESTEROL DE UNA FORMULACIÓN DE YOGURT CON LACTOBACILLUS REUTERI NCIMB 30241 ACTIVADA CON HIDROLASA BILIAR MICROENCAPSULADA EN ADULTOS

MINGUEZ CORTES JM¹, ACOSTA BAZAGA E²

¹HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ(MÁLAGA).

²COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA.MÁLAGA

Introducción

Se ha observado en varios estudios una reducción limitada o baja del colesterol sérico tras la administración de probióticos. En los últimos meses y en gran medida a la mejora de la selección de cepas y las técnicas de administración estos han demostrado prometedores en el tratamiento de la enfermedad metabólica/esteatosis hepática frente a esteatohepatitis.

Evaluar la eficacia de reducción del colesterol de una formulación de yogur que contiene hidrolasa de sal biliar microencapsulada (BSH) activo *Lactobacillus reuteri* NCIMB 30241, tomada dos veces por día durante 8 semanas, en adultos mayores de 60 años hipercolesterolémicos (cifras de colesterol mayores de 245 mgr/dl).

Material y Métodos

Un total de 38 sujetos todos mayores de 60 años completaron este estudio doble ciego, controlado con placebo, aleatorizado.

Este estudio de intervención incluyó un período de lavado de 3 semanas, un período de internado de 3 semanas y un período de tratamiento de 8 semanas. Los sujetos fueron aleatorizados para consumir yogures que contenían *L. reuteri* NCIMB 30241 microencapsulado o yogures de placebo.

Resultados

Durante el periodo de intervención, los sujetos que consumieron yogures que contenían *L. reuteri* NCIMB 30241 microencapsulado lograron reducciones significativas en el colesterol LDL (LDL-C) de 11-93% ($p = 0,015$), colesterol total (TC) de 5-83% ($p = 0,035$) y colesterol no HDL (HDL-C) de 9-93% ($p = 0,029$) sobre placebo, y un cambio absoluto significativo en ApoB-100 de 241 mmol / l ($p = 0,0199$). Por otro lado, no se observaron cambios en Las concentraciones séricas deTAG y HDL-C.

Conclusiones

Los resultados actuales muestran que el consumo de yogurt *L. reuteri* NCIMB 30241 activo en BSH microencapsulado es eficaz y seguro para reducir el LDL-C,TC, apoB-100 y no-HDL-C en sujetos hipercolesterolemicos. Este efecto a nivel de la disminución de los niveles de colesterol del *L. reuteri* NCIMB 30241 microencapsulado en yogur es comparado favorablemente con otros ingredientes alimentarios que reducen el colesterol A nivel de eficacia, los

yogures *L. reuteri* NCIMB 30241 activos con BSH microencapsulados parecen ser superiores a la terapia probiótica tradicional y similar a la de otros ingredientes reductores del colesterol.

CO-10. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB (AMGEVITA®) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS PRELIMINARES A 3 MESES.

BARRANCO CASTRO D, ARGÜELLES ARIAS F, GUERRA VELOZ MF, SÁEZ DÍAZ A, CASTRO LARIA L, CAUNEDO ÁLVAREZ Á

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

Desde noviembre de 2018 está disponible en el mercado farmacéutico español el biosimilar de Adalimumab (Amgevita®). La Agencia Europea del Medicamento aprobó su uso en todas las indicaciones que actualmente tiene la molécula original (Humira®) tras extrapolar los resultados en pacientes con enfermedades reumatológicas. Por tanto, no se dispone de datos de eficacia clínica y seguridad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. El objetivo de este estudio es conocer la eficacia y seguridad de Amgevita® en pacientes con enfermedad de Crohn (EC).

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo de pacientes con EC que iniciaron tratamiento con Amgevita® entre enero y julio de 2019 en el Hospital Universitario Virgen Macarena. Todos los pacientes salvo 1 eran naïve para adalimumab. Se recogieron cada 3 meses datos clínicos mediante escalas estandarizadas, Crohn's disease activity index (CDAI) y Harvey-Bradshaw, para analizar la respuesta clínica. Se definió remisión clínica como la no toma de corticoides, índice de Harvey-Bradshaw ≤ 4 y el uso de dosis estándar del fármaco, sin necesidad de intensificación. Se analizaron también los efectos adversos relacionados con el fármaco.

Resultados

Se incluyeron un total de 15 pacientes, 60% (9) hombres y 40% (6) mujeres, con una edad media de 38 (± 23) años. Las características fenotípicas de los pacientes se describen en la **tabla 1** según la Clasificación de Montreal. Se dispone de datos de seguimiento de los 15 pacientes a los 3 meses de comenzar el tratamiento. Todos los pacientes que presentaban actividad clínica de la enfermedad al inicio del estudio (15/15), alcanzaron la remisión clínica a los 3 meses. La mediana del CDAI basal fue de 174 con un rango intercuartílico (RIC) de 140; y la del índice de Harvey-Bradshaw basal fue de 7 (RIC 6). A los 3 meses se consiguió una reducción notoria de estas escalas (**Figuras 1 y 2**), con una mediana en la puntuación del CDAI de 28 (RIC 14) y de 2 en el índice de Harvey-Bradshaw (RIC 0). En lo que respecta a seguridad del fármaco, no se han notificado eventos adversos hasta el momento del análisis.

Conclusiones

Según estos datos preliminares de seguimiento a los 3 meses, Amgevita® consigue la remisión clínica en el 100% de los pacientes que no lo estaban previamente. Durante este periodo no se han registrado efectos adversos de interés. Sin embargo, es necesario un seguimiento a más largo plazo de estos pacientes para obtener datos significativos.

Características	Clasificación	n (%)
Edad al diagnóstico	A1	2/15 (13,33%)
	A2	10/15 (66,66%)
	A3	3/15 (20%)
Localización	L1	9/15 (60%)
	L2	3/15 (20%)
	L3	3/15 (20%)
Comportamiento	B1	8/15 (53,33%)
	B2	5/15 (33,33%)
	B3	2/15 (13,33%)
Enfermedad perianal	Sí	5/15 (33,33%)
	No	10/15 (66,66%)
Manifestaciones extraintestinales	Sí	6/15 (40%)
	No	9/15 (60%)

Tabla 1 Características de los pacientes según la clasificación de Montreal.

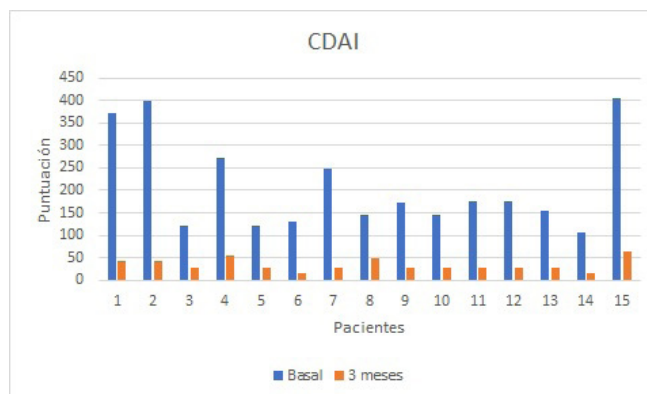


Figura 1 Valores puntuación CDAI basal y a los 3 meses de los 15 pacientes.

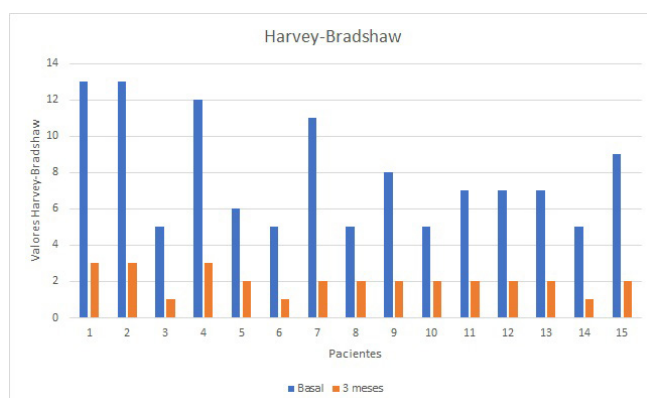


Figura 2 Valores índice de Harvey-Bradshaw basal y a los 3 meses de los 15 pacientes.

CO-11. EVALUACIÓN DE LA VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR DEL ÍNDICE DE MAYO ENDOSCÓPICO Y EL ÍNDICE DE SEVERIDAD ENDOSCÓPICA DE LA COLITIS ULCEROSA. ¿SON IGUAL DE VÁLIDOS?

BELVIS JIMÉNEZ M, HERGUETA DELGADO P, GÓMEZ RODRÍGUEZ B, MALDONADO PÉREZ B, CASTRO LARIA L, RODRIGUEZ-TELLEZ ML, MORALES BARROSO ML, GALVÁN FERNANDEZ MD, GARCÍA JIMÉNEZ A, ROMERO CASTRO R, GUERRA VELOZ FM, BENÍTEZ ROLDÁN A, CASTRO MARQUEZ C, APARCERO LÓPEZ R, GARRIDO SERRANO A, CAUNEDO ÁLVARZ A, ARGÜELLES ARIAS F

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

La endoscopia tiene un papel fundamental en el manejo de los pacientes con CU, ya que permite la visualización y evaluación de la gravedad de la enfermedad, así como la eficacia del tratamiento. Hoy en día, esto tiene gran importancia, ya que la mejora endoscópica o la curación plena de las lesiones observadas previamente supone un objetivo necesario para la mayoría de los pacientes. No obstante, la evaluación de la gravedad de las lesiones endoscópicas no es siempre algo objetivo por lo que se han desarrollado diferentes escalas que pretenden homogeneizar dichos hallazgos endoscópicos. Con este estudio se pretende evaluar la variabilidad interobservador para el Índice de Mayo Endoscópico (IME) y el Índice de Severidad Endoscópica de la Colitis Ulcerosa (UCEIS), que analizan la gravedad de las lesiones endoscópicas en los pacientes con CU.

Material y Métodos

Estudio observacional comparativo de una única cohorte a la cual se realiza una colonoscopia bajo guía de práctica clínica habitual a pacientes diagnosticados de CU del área del Hospital Universitario Virgen Macarena y se estadifica la enfermedad según el IME y el UCEIS por tres endoscopistas expertos diferentes. Para valorar el grado de correlación interobservador se utiliza el índice de Kappa para el IME y el coeficiente de correlación intraclass para el UCEIS.

Resultados

Se incluyeron un total de 67 pacientes con CU, un 53,7% varones, una edad media de 51 años (DE 16,7) e índice de Mayo clínico medio de 3,07 (DE 2,54) (Tabla 1). El 20% de los pacientes realizaban terapia biológica. En el 34,3% de los pacientes la realización de la colonoscopia conllevó cambios en el tratamiento, de los cuales el 87% escalaron en la terapia que recibían y un 13% pudo retirar tratamiento o desescalar ante los resultados de la misma. El índice de Kappa Ponderado entre el endoscopista 1 y 2 para el IME es de 0,8 (bueno); entre el 1 y 3 de 0,52 (aceptable); y entre 2 y 3 de 0,49 (aceptable). Para el UCEIS, el coeficiente de correlación intraclass de valores promedios es del 0,922 entre los tres endoscopistas (IC 95% 0,832-0,959).

Conclusiones

Existe una superior correlación entre los diferentes endoscopistas para el UCEIS que para el IME, que debiera ser mejor. Esto nos hace considerar que a la hora de valorar la gravedad de las lesiones endoscópicas en pacientes con CU sigue existiendo cierta subjetividad que debiera intentar minimizarse con formaciones específicas.

Característica demográfica	N (%)
Sexo:	
- Mujer	31 (46,3%)
- Varón	36 (53,7%)
Edad: media (DE)	51,2 (16,7)
Tabaco:	
- Sí	16 (23,9%)
- No	48 (71,6%)
- Exfumador	3 (4,5%)
Extensión	
- Proctitis	26 (38,8%)
- Colitis Izquierda	30 (44,8%)
- Colitis Extensa	11 (16,4%)
Índice de Mayo clínico: media (DE)	3,07 (2,54)
Tratamiento	
- Corticoides	1 (1,5%)
- Mesalazina	30 (44,8%)
- Corticoides + Mesalazina	10 (14,9%)
- Mesalazina + Azatioprina	12 (17,9%)
- Mesalazina + Biológico	7 (10,4%)
- Mesalazina + Azatioprina + Biológico	6 (8,9%)

Tabla 1 Características demográficas.

CO-12. IMPACTO DE LA FIBROSIS SOBRE LA SALUD MENTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA)

FUNUYET SALAS J¹, PÉREZ SAN GREGORIO MÁ¹, MARTÍN RODRÍGUEZ A¹, ROMERO GÓMEZ, M¹

¹UNIVERSIDAD DE SEVILLA. ²COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Existen evidencias sobre la asociación entre comorbilidad psicopatológica en EHGNA y la presencia de alteraciones histológicas avanzadas. Por ello, este estudio se propone comparar la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con EHGNA diagnosticada por biopsia, en función de la presencia o ausencia de fibrosis significativa.

Material y Métodos

Se seleccionó, por una parte, un grupo de 175 pacientes EHGNA (111 hombres y 64 mujeres) sin fibrosis significativa (F0-F1) (G1), con una edad media de 53,07 años (DT=11,66 años). Por otra parte,

un grupo de 291 pacientes con esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), constituido por 163 hombres y 128 mujeres, con una edad media de 55,49 años (DT=11,81 años). Este grupo se dividió en dos subgrupos: 159 pacientes con fibrosis significativa (>F2) (G2), y 132 sin fibrosis significativa (F0-F1) (G3), clasificados según biopsia hepática. Todos los grupos fueron evaluados mediante los siguientes instrumentos: entrevista psicosocial, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II). Para comparar la sintomatología ansiosa y depresiva entre los subgrupos, se calculó la U de Welch como prueba ómnibus, y para las comparaciones post hoc, se aplicaron las pruebas de Games-Howell y la U de Mann-Whitney corregida con Bonferroni ($0,05/2= 0,025$). La d de Cohen fue empleada para calcular los tamaños de efecto.

Resultados

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tres variables analizadas: ansiedad ($p=0,004$) y depresión ($p=0,000$), medidas con el HADS, y depresión ($p=0,000$), medida con el IDB-II. Las diferencias más relevantes (tamaños de efecto mediano) fueron que G2 tuvo puntuaciones más altas en sintomatología depresiva que G1 ($p=0,000$, $d=-0,531$, HADS; $p=0,000$, $d=-0,501$, IDB-II) y G3 ($p=0,000$, $d=0,573$, HADS; $p=0,000$, $d=0,628$, IDB-II), tal y como puede observarse en la **Figura 1**.

En concreto, los ítems con más peso estadístico en estas diferencias (**Figura 2**), por presentar tamaños de efecto relevantes, fueron: "Me siento como si cada día estuviera más lento/a" (G1-G2: $p=0,000$, $d=-0,546$; G2-G3: $p=0,000$, $d=0,567$), "Inutilidad" (G2-G3: $p=0,000$, $d=0,525$), "Pérdida de energía" (G1-G2: $p=0,000$, $d=-0,603$; G2-G3: $p=0,000$, $d=0,559$), y "Cansancio o fatiga" (G1-G2: $p=0,000$, $d=-0,598$; G2-G3: $p=0,000$, $d=0,587$).

Conclusiones

Los pacientes NASH con fibrosis significativa muestran peor salud mental que aquellos con NAFLD y NASH sin fibrosis significativa. Las

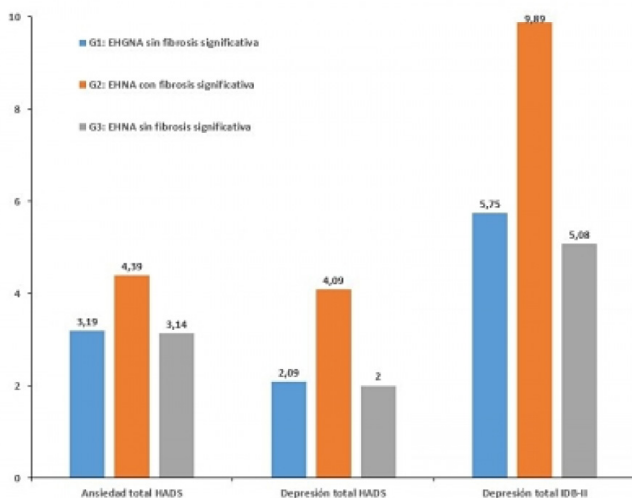


Figura 1 Sintomatología ansiosa y depresiva en función de la fibrosis. Medias: a mayor puntuación, peor salud mental.

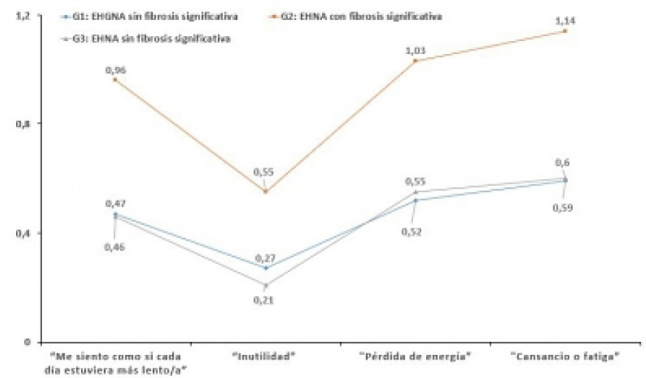


Figura 2 Ítems con las diferencias estadísticamente más significativas en función de la fibrosis. Medias: a mayor puntuación, peor salud mental.

principales diferencias se observan en la sintomatología depresiva: pacientes con fibrosis significativa refieren más sentimientos de enlentecimiento, inutilidad, pérdida de energía y fatiga.

CO-13. IMPACTO DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES INGRESADOS CON COLITIS ULCEROSA

GROS ALCALDE B, SOTO ESCRIBANO P, IGLESIAS FLORES E, MARÍN PEDROSA S, GARCÍA-SÁNCHEZ V, BENÍTEZ CANTERO JM

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA

Introducción

La infección por Clostridium difficile (CD) es cada vez más prevalente en la población general y, especialmente, en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los pacientes con colitis ulcerosa (CU) que durante un brote presentan sobreinfección por CD pueden presentar una mayor morbilidad. Objetivos: a) Evaluar la proporción de infección por CD en pacientes ingresados por CU; b) comparar necesidad de colectomía y mortalidad entre pacientes con infección por CD vs pacientes sin infección; c) analizar la asociación de la infección a peores resultados (reingresos, necesidad de intensificación de tratamiento y estancia hospitalaria); d) describir factores predictores de mala evolución en pacientes con sobreinfección por CD.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, de casos y controles, que incluía pacientes ingresados por brote de CU en nuestro hospital entre 2000 y 2018. Se recogieron variables relacionadas con el ingreso hospitalario, así como con un curso clínico adverso como la necesidad de colectomía en el primer año tras el ingreso y la mortalidad. Se realizó un análisis mediante test Chi-cuadrado para cualitativas y Kruskal Wallis test para cuantitativas, y análisis multivariante para identificar factores predictores de mala evolución. Todos los análisis se realizaron mediante SPSS (versión 20).

Resultados

Se analizaron 235 pacientes ingresados por brote de CU. 62,1% varones, edad media al ingreso de 43,6 años (DE 12). 72% presentaban colitis extensa y 22% colitis izquierda. 7,7% tenían enfermedad perianal y 8,7% manifestaciones extraintestinales. La actividad endoscópica de los pacientes ingresados fue: 75,8% Mayo 3, 23% Mayo 2. 15,9% de los pacientes ingresados desarrollaron complicaciones relacionadas con su EI: 37,8% megacolon tóxico, 11% perforación y 8% hemorragia. 11,2% necesitaron cirugía durante el ingreso. 28 pacientes (12,2%) presentaron infección por CD, 23,5% de los cuales presentaron recurrencia de la infección. La infección por CD se asoció, de forma significativa, a mayor necesidad de reingreso hospitalario (48,1% vs 23%, $p=0,007$) y a mayores tasas de colectomía durante el primer año tras el ingreso (13% vs 2,9%, $p:0.05$). No se encontraron diferencias entre ambos grupos de pacientes en cuanto al desarrollo de complicaciones relacionadas con su EI; necesidad de intensificación de tratamiento durante el ingreso y mortalidad precoz y tardía. No se identificaron factores predictores de mala evolución en el análisis multivariante.

Conclusiones

La infección por CD es una entidad prevalente en los pacientes ingresados con CU, con altas tasas de recurrencia. Su presencia durante un brote de CU se asocia a mayor necesidad de reingreso hospitalario y mayor necesidad de cirugía durante el primer año.

CO-14. DETECCIÓN DE MICROARNs COMO NUEVOS BIOMARCADORES PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

FOMBUENA RUBIO B¹, PIZARRO MORENO Á¹, GIL GOMEZ A¹, GARZÓN BENAVIDES M¹, PEÑA CHILET M¹, GIRÁLDEZ M¹, PÉREZ GUTIÉRREZ, A¹, ESPÍN JAIME B¹, SOBRINO S¹, GARCÍA FERNANDEZ FJ¹, ARGÜELLES F¹, RICO GUTIÉRREZ MC¹, PASTOR RAMIREZ H¹, MILLÁN DOMÍNGUEZ R¹, RUIZ CARNICER A², SOUSA MARTÍN C², DOPAZO J¹, ROMERO GÓMEZ M¹

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Introducción

Determinar los cambios en la expresión epigenética de pacientes con enfermedad celíaca tratados con dieta sin gluten (DSG).

Material y Métodos

Se realizó análisis de expresión de microARNs en plasma de pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca con alteraciones histológicas Marsh 3(a-c)(n=10), seguidos durante un año de DSG, en el momento basal y a los 12 meses. La adherencia a la DSG se evaluó mediante el cuestionario CDAT. La respuesta se determinó mediante demostración de mejoría histológica a los 12 meses a Marsh 0-1. En 5 pacientes demostramos mejoría (respondedores) (n=5; Marsh 0-1 a 12 meses) y en otros 5 pacientes no encontramos cambios histológicos remarcables (n=5; Marsh 3 a-c a 12 meses). Se

realizó cribado de microARNs mediante microarrays miRNA 4.0 de Affymetrix (ThermoFisher, CA, EEUU). Se aisló el ARN total partiendo de 200uL de las muestras de plasma utilizado el kit comercial miRNAeasy serum/plasma (Qiagen) en el robot automatizado Qiacube (Qiagen). La calidad de la extracción se evaluó mediante Bioanalyzer (Agilent RNA 6000 Nano), teniendo en cuenta el RIN como parámetro de la integridad del ARN. Finalmente, el ARN conteniendo los miRNAs se hibridó en los microarrays y, tras lectura en la plataforma GeneChip Scanner, los datos fueron analizados en el Área de Bioinformática Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío tras los controles de calidad y la normalización de los datos se realizó un análisis de la expresión diferencial (ED) de los microARNs obtenidos. (p -valor $< 0,05$).

Resultados

Los pacientes presentaron una edad de 44,1+/-16,1 años, con predominancia de sexo femenino (80,0%). A nivel basal, los respondedores no mostraron diferencias respecto de los no respondedores. Además, no observamos diferencias en el cumplimiento de la dieta según CDAT entre los grupos $p=0,727$. Respecto de los miRNAs, se seleccionaron los 338 miRNAs humanos que presentaron un mayor nivel de dispersión en los niveles de expresión de las diferentes muestras. De ellos, no observamos diferencias significativas al comparar pacientes respondedores vs no respondedores al diagnóstico. Además, tampoco observamos diferencias entre estos grupos respecto del tiempo (0 meses vs 12 meses). Los pacientes respondedores mostraban 5 miRNAs sobre-expresados diferencialmente respecto a los no respondedores en mes 12 de DSG [miR-107(logFC=2,684 y P.val ajustado=0,004), miR-191-5p(logFC=3,203 y P.val ajustado=0,036), miR-103a-3p(logFC=2,339 y P.val ajustado=0,036), miR-584-5p(logFC=1,730 y P.val ajustado=0,036) y miR-106a-5p(logFC=2,344 y P.val ajustado=0,036)].

Conclusiones

Los miRNAs miR-107, miR-191-5p, miR-103a-3p, miR-584-5p y miR-106a-5p se muestran diferencialmente expresados a nivel circulante en pacientes con enfermedad celíaca que responden histológicamente a la dieta sin gluten. Por tanto, podrían aplicarse en práctica clínica como potenciales biomarcadores de respuesta.

CO-15. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON EI. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO PILOTO.

BELVIS JIMENEZ M, GUERRA VELOZ MF, MALDONADO PEREZ B, CASTRO LARIA L, CAUNEDO ÁLVAREZ A, ARGÜELLES ARIAS F

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

La monitorización de los niveles de un fármaco es a día de hoy una herramienta aceptada en la práctica clínica en múltiples

escenarios, y entre ellos, en la terapia biológica de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). La evaluación de los niveles mínimos y los anticuerpos antidrogas neutralizantes se utilizan ampliamente para optimizar el tratamiento terapéutico, y su utilidad se ha estudiado más en las terapias anti-TNF. Sin embargo, no hay suficientes datos publicados sobre la utilidad de la medición de los niveles de vedolizumab (VDZ) en pacientes con EII, sin puntos de corte establecidos. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la correlación entre el nivel de VDZ en el tratamiento de inducción y mantenimiento con la respuesta clínica en pacientes con EII.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de un solo centro. Se incluyeron pacientes adultos con CU y EC tratados con VDZ entre enero y diciembre de 2018. Los niveles séricos de VDZ se analizaron prospectivamente antes de la inducción a las 6, 14 y 24 semanas. La respuesta clínica y bioquímica se recogió a las 14 y 24 semanas. Los datos se analizaron mediante el modelo de árbol de clasificación para establecer variables relacionadas con la remisión

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes, 58,3% con CU y 41,7% con EC. El 69,2% eran mujeres con una edad media de 41 ± 12 y una duración media de la enfermedad de $11,5 \pm 8,15$ años. El 91,7% fueron tratados previamente con terapia anti-TNF. El nivel medio de VDZ fue 33,4 mg / ml (26,7 -39,1), 10,3 mg / ml (7,26-12,8) y 11,2ug / ml (8,47-14,45), basal, a la semana 14 y a la semana 24 respectivamente (Figura 1). La remisión clínica se logró en 33,3% (4/12) en la semana 14, y 41,6% (5/12) en la semana 24. 33,3% (4/12) de pacientes

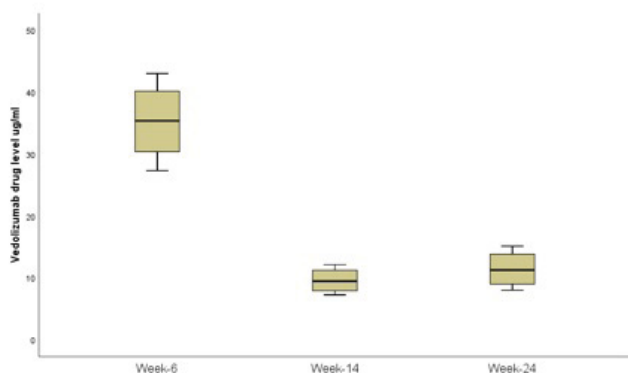


Figura 1 Nivel medio de Vedolizumab a las 6,14 y 24 semanas.

Remisión clínica semanas 14 y 24	Nivel VDZ semana 6(ug/ ml)	Certeza de predicción (%)
Yes	35 - 47.4	100
No	<35 >47,4	100

Tabla 1 Tabla 1.

presentaban niveles de VDZ en la semana 6 entre 35 - 47,4 ug / ml. La única variable que se correlacionó con la remisión en las semanas 14 y 24 en el modelo de árbol CRT fue el nivel de VDZ en la semana 6 (terapia de inducción) (Tabla 1)

Conclusiones

En nuestra cohorte, la única variable que se correlacionó con la remisión en las semanas 14 y 24 fue el nivel de VDZ en la semana 6. El nivel de VDZ en las semanas 14 y 24 no se correlacionó con la remisión clínica. Observación: Trabajo premiado por el Grupo Andaluz de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

CO-16. "PROTOCOLO BISMUGAS": ESTUDIO RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO, SOBRE LA UTILIDAD DEL PROBIÓTICO LACTOBACILLUS REUTERI EN LA TERAPIA DE ERRADICACIÓN CUÁDRUPLE CON BISMUTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ P, MORENO MÁRQUEZ C, VALDÉS DELGADO T, CASTRO LARIA L, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Según la evidencia publicada se avala el uso de una combinación de dos cepas de Lactobacillus reuteri como coadyuvante en erradicación, cuando se administra junto con terapia triple erradicadora pero no existe evidencia sobre su utilidad con terapias cuádruples, que son las actualmente recomendadas en primera línea. El objetivo de nuestro trabajo es conocer si la suplementación con dos cepas probióticas de Lactobacillus reuteri (Gastrus®) frente a placebo es capaz de disminuir los efectos adversos gastrointestinales de la terapia erradicadora cuádruple con bismuto (Pylera®) en la práctica clínica habitual.

Material y Métodos

Se realizó un estudio randomizado, doble ciego y controlado con placebo. Se incluyeron aquellos pacientes entre 18 y 65 años, entre febrero de 2018 y enero de 2019 con diagnóstico de infección por Helicobacter pylori (HP). Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos (Figura 1) para tratamiento erradicador en primera línea. Ambos grupos recibieron tratamiento erradicador con Pylera®, asociado a Gastrus (grupo 1) o a placebo (grupo 2). La presencia y gravedad de los síntomas fue determinada usando una puntuación global y subescalas (por síndromes), obtenidas de cada síntoma, mediante una escala validada de síntomas gastrointestinales GSRS (Figura 2).

Resultados

Se incluyeron 80 pacientes con una mediana de edad de 50 años, siendo el 52,5% mujeres. En ambos grupos de tratamiento hay una

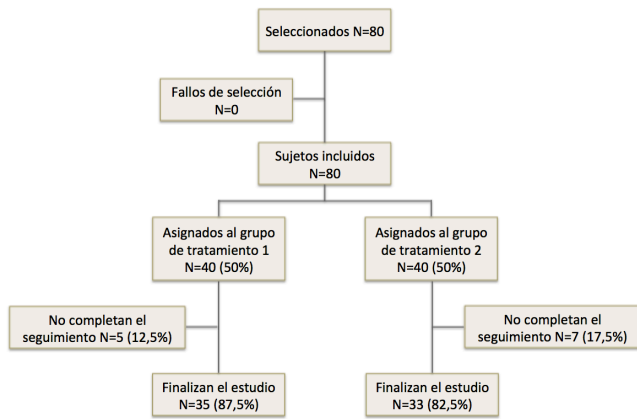


Figura 1 Distribución de sujetos.

Escala de Evaluación de Síntomas Gastrointestinales – GSRS (5 Subescalas)

Síndromes e ítems separados
Síndrome de dolor abdominal Dolor epigástrico Dolor por cólico Dolor indefinido
Síndrome dispéptico Dolor epigástrico Acidez Reflujo esofágico Sensaciones de succión en el epigastrio Náuseas y vómitos
Síndrome de indigestión Borbotigmos Distensión abdominal Eructos Flatulencias
Síndrome de disfunción del colon Disminución de la frecuencia de las heces Aumento de la frecuencia de las heces Heces líquidas Heces duras Necesidad urgente de ir al baño Sensación de evacuación incompleta

TABLA 1 de Digestive Diseases and Sciences, Vol. 33, No 2 (February 1988), pp. 129-134

Figura 2 Escala validada de síntomas gastrointestinales GSRS.

reducción significativa de la puntuación global de los síntomas desde el inicio hasta el final del tratamiento. Sin embargo, no encontramos diferencias apreciables entre los dos grupos ni al inicio, ni al final del tratamiento (tabla 1). En el análisis por subescalas, sólo en el grupo 1, se produce una mejoría estadísticamente significativa en el síndrome de dolor abdominal y el síndrome dispéptico (tabla 2). Además, en este grupo 1, el tratamiento experimental produce una mejora directa de los síntomas de dolor abdominal, distensión abdominal y eructos (no mejoran en el grupo 2).

Conclusiones

Según nuestros resultados, sería recomendable la administración de dos cepas de *Lactobacillus reuterii* (Gastrus®), junto a la terapia cuádruple con bismuto (Pylera®), ya que mejora la tolerancia del tratamiento erradicador, disminuyendo los síntomas gastrointestinales asociados a la misma.

GSRS	Inicial	Fin de tratamiento	p
GSRS Total			
Grupo 1 Mediana (RIC)	11 (4)	5 (7.75)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	10 (10.5)	4 (14)	<0,001
Síndrome de dolor abdominal			
Grupo 1 Mediana (RIC)	1 (1)	0 (1)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	0 (1)	0 (1)	0,148
Síndrome dispéptico			
Grupo 1 Mediana (RIC)	5 (5)	2 (2)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	3 (4,75)	1 (2)	0,08
Síndrome de indigestión			
Grupo 1 Mediana (RIC)	4,5 (4)	2 (3)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	3 (5)	1,5 (3)	<0,001
Síndrome de disfunción de colon			
Grupo 1 Mediana (RIC)	1 (3)	1 (3)	0,759
Grupo 2 Mediana (RIC)	2 (4)	2 (4)	0,219

Tabla 1 Comparación de subescalas GSRS inicial y final.

GSRS	Inicio de tratamiento	Grupo 1 Mediana (RIC)	Grupo 2 Mediana (RIC)	p
GSRS Total				
	Inicio de tratamiento	11 (4)	10 (10.5)	0,218
	Fin de tratamiento	5 (7.75)	4 (14)	0,113
Síndrome de dolor abdominal				
	Inicio de tratamiento	1 (1)	0 (1)	<0,001
	Fin de tratamiento	0 (1)	0 (1)	0,613
Síndrome dispéptico				
	Inicio de tratamiento	5 (5)	3 (4,75)	<0,001
	Fin de tratamiento	2 (2)	1 (2)	0,083
Síndrome de indigestión				
	Inicio de tratamiento	4,5 (4)	3 (5)	0,138
	Fin de tratamiento	2 (3)	1,5 (3)	0,099
Síndrome de disfunción de colon				
	Inicio de tratamiento	1 (3)	2 (4)	0,279
	Fin de tratamiento	1 (3)	2 (4)	0,743

Tabla 2 Comparación de subescalas GSRS inicial y final entre grupos de tratamiento.

SESIÓN III

CO-17. FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA DEL BIOFEEDBACK DE DEFECACIÓN EN LA DISINERGIA DEFECATORIA

PEREZ AISA A, CHAVES A, LOZANO M, TELLADO S, ROSÓN, P
HOSPITAL QUIRÓN. MÁLAGA

Introducción

Evaluar la respuesta clínica y factores predictivos de esta en los pacientes con disinergia defecatoria sometidos a tratamiento con biofeedback de defecación.

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de la técnica laparoscópica para el tratamiento de colelitiasis y coledocolitiasis simultánea en nuestra área hospitalaria y describir los principales tipos de complicaciones analizando los factores asociados a estas.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se han seleccionado de la base de datos de la Unidad de Motilidad de Hospital Quirón Málaga los pacientes con disinergia defecatoria en los que se ha aplicado tratamiento con BFB de forma completa durante 2017-2018. Se recogen variables clínicas, de financiación, manométricas, número