

**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
<b>GSRS Total</b>			
Grupo 1 Mediana (RIC)	11 (4)	5 (7.75)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	10 (10.5)	4 (14)	<0,001
<b>Síndrome de dolor abdominal</b>			
Grupo 1 Mediana (RIC)	1 (1)	0 (1)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	0 (1)	0 (1)	0,148
<b>Síndrome dispéptico</b>			
Grupo 1 Mediana (RIC)	5 (5)	2 (2)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	3 (4,75)	1 (2)	0,08
<b>Síndrome de indigestión</b>			
Grupo 1 Mediana (RIC)	4,5 (4)	2 (3)	<0,001
Grupo 2 Mediana (RIC)	3 (5)	1,5 (3)	<0,001
<b>Síndrome de disfunción de colon</b>			
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
<b>GSRS Total</b>				
	Inicio de tratamiento	11 (4)	10 (10.5)	0,218
	Fin de tratamiento	5 (7.75)	4 (14)	0,113
<b>Síndrome de dolor abdominal</b>				
	Inicio de tratamiento	1 (1)	0 (1)	<0,001
	Fin de tratamiento	0 (1)	0 (1)	0,613
<b>Síndrome dispéptico</b>				
	Inicio de tratamiento	5 (5)	3 (4,75)	<0,001
	Fin de tratamiento	2 (2)	1 (2)	0,083
<b>Síndrome de indigestión</b>				
	Inicio de tratamiento	4,5 (4)	3 (5)	0,138
	Fin de tratamiento	2 (3)	1,5 (3)	0,099
<b>Síndrome de disfunción de colon</b>				
	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 DISINERGI A 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

de sesiones, cumplimiento y resultado final clínico. En cuanto a la técnica, es realizada en la sala de Motilidad por facultativo y enfermera con el paciente en decúbito lateral y utilizando sonda de 4 canales con balón para medición de presiones y sistema de registro visual para mostrar al paciente la forma correcta de realizar la maniobra de contracción y relajación del esfínter anal externo y entender la finalidad del tratamiento. Se realizan sesiones con parámetros estándar cada 4-6 semanas.

## Resultados

Analizamos 35 pacientes remitidos a nuestra Unidad por disinergia defecatoria y que han completado el tratamiento con BFB de defecación. El 87% eran mujeres. La mediana de edad 59 años (9-70). La mediana de tiempo de evolución de la disinergia defecatoria fue de 8 años (1-40). La frecuencia defecatoria semanal era de 2 dep/espontáneas semanales con dificultad defecatoria autorreferida en el 95%. El 60,9% presentaban sensibilidad rectal disminuida y un test expulsivo no superado. En el 75% de los el tratamiento fue financiado por su compañía y un 25% eran sin cobertura. El 91,3% acudió de forma adecuada a las sesiones propuestas. Se realizaron una mediana de 3 sesiones de tratamiento por paciente (1-9). Siendo la contracción paradójica y la ausencia de relajación la disfunción más frecuente. Se consiguió éxito con mejoría clínica del 78,3%, 17% abandonaron el tratamiento y en un 4,3% no hubo éxito. La respuesta al tratamiento con BFB de defecación no guarda relación con la edad, nivel cultural, tipo de financiación, obesidad, patología previa, años de evolución o características manométricas, tan sólo el cumplimiento en la asistencia a las sesiones fue significativo con  $p < 0,040$ .

## Conclusiones

En nuestra serie la disfunción defecatoria afecta en mayor medida al sexo femenino. Al aplicar el BFB de defecación conseguimos un éxito clínico del 78,3% con un cumplimiento del 92%. La mediana sesiones ha sido de 3 por paciente y solo el cumplimiento en el régimen de sesiones podemos considerarlo predictivo de respuesta favorable.

## CO-18. DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL ENDOSCOPISTA: PRESENCIA VS LOCALIZADO.

ORTEGA SUAZO EJ, JIMÉNEZ ROSALES R, LÓPEZ TOBARUELA JM, VADILLO CALLES F, MARTÍNEZ CARA JG, REDONDO CEREZO, E

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA

## Introducción

La experiencia del endoscopista, el ingreso fuera de horario matutino (FHM), el volumen hospitalario e intervalo de realización de EDA influyen en el pronóstico de hemorragia digestiva alta (HDA). Un meta-análisis reciente muestra que pacientes ingresados

FHM tuvieron mayor mortalidad, siendo menos probable que la endoscopia se realizase en las primeras 24h. Con nuestro estudio se pretende comparar si existen diferencias en el pronóstico de HDA en dos períodos en nuestro hospital, el primero con endoscopista localizado (EL), el segundo con endoscopista de presencia (EP).

## Material y Métodos

Estudio prospectivo que recoge pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" de 2013-2018 (EL hasta Julio 2016, EP posterior, siempre residente presencial). Todos recibieron EDA en las primeras 24h. Se tabularon datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y curso clínico agudo y diferido.

## Resultados

638 pacientes con HDA, 505 EL y 133 EP. No se encontraron diferencias entre ambos períodos en términos de complicaciones intrahospitalarias (15,8% vs. 16,5%;  $p=0,845$ ), transfusiones (2,84 vs. 2,28;  $p=0,441$ ), días hospitalización (8,98 vs. 8,61;  $p=0,463$ ), resangrado (16,9% vs. 18,9%;  $p=0,575$ ), necesidad cirugía/radiología intervención (4,4% vs. 3%;  $p=0,484$ ), mortalidad aguda (9,7% vs. 9,5%;  $p=0,960$ ), mortalidad diferida (11,6% vs. 7,3%;  $p=0,177$ ), eventos hemorrágicos diferidos (18,5% vs. 17,4%;  $p=0,855$ ), eventos cardiovasculares diferidos (9,1% vs. 8,7%;  $p=0,922$ ). Con EP hubo mayor tasa de estigmas hemorrágicos de alto riesgo (48,8% vs. 64,2%;  $p=0,005$ ) y necesidad de tratamiento endoscópico (41,2% vs. 50,4%;  $p=0,045$ ) y necesidad de tratamiento endoscópico (50,4% vs. 41%;  $p=0,045$ ).

## Conclusiones

En nuestro estudio no encontramos diferencias en el pronóstico de pacientes con HDA atendiendo al manejo con EL o EP, compensado posiblemente porque con EL la EDA se realizó siempre en las

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES n = 638			
	Endoscopista localizado (505)	Endoscopista presencia (133)	p
Complicaciones intrahospitalarias	15.8%	16.5%	0.845
Transfusiones	2.84	2.28	0.441
Estancia hospitalaria (días)	8.98	8.61	0.463
Resangrado	16.9%	18.9%	0.575
Necesidad de tratamiento endoscópico	41.2%	50.4%	0.045
Estigmas hemorrágicos de alto riesgo	48.8%	64.2%	0.005
Mortalidad aguda	9.7%	9.5%	0.960
Mortalidad diferida	11.6%	7.3%	0.177
Eventos hemorrágicos diferidos	18.5%	17.4%	0.855
Eventos cardiovasculares diferidos	9.1%	8.7%	0.922
Necesidad de cirugía/radiología intervencionista	4.4%	3%	0.484

**Tabla 1** Diferencias en el pronóstico de pacientes con HDA según endoscopista.

primeras 24h. Resultados similares han sido publicados previamente mostrando que en hospitales con disponibilidad de EDA FHM el pronóstico del paciente no se ve influenciado si es atendido FHM. Durante el período con EP encontramos una mayor tasa de estigmas hemorrágicos de alto riesgo y necesidad de tratamiento endoscópico. Este hallazgo podría ser explicado por el mayor lapso temporal entre ingreso y endoscopia con EL que permite curación fisiológica, siendo el Forrest mayor y la necesidad de tratamiento menor. En conclusión, la disponibilidad de EDA FHM que garantice su realización en las primeras 24h es un estándar de calidad en el tratamiento de pacientes con HDA, sin diferencias relevantes entre endoscopista de presencia o localizado.

### CO-19. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE SU IMPLANTACIÓN EN UN CENTRO DE REFERENCIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO)

PÉREZ PALACIOS D, PASCUAL ABAD IM, BOZADA GARCÍA JM, CABALLERO GÓMEZ J, SOBRINO RODRÍGUEZ S, MARTÍNEZ SIERRA C, RINCÓN GATICA A, GARCÍA FERNÁNDEZ FJ

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

#### Introducción

Evaluar los resultados del programa de cribado tras los primeros 6 meses de su inicio en un hospital de referencia, analizando los distintos estándares de calidad de éste y comparando los descritos en otras Comunidades Autónomas con programas ya implantados.

#### Material y Métodos

El programa de cribado comenzó en nuestro centro en 2019, con agenda específica, con seis exploraciones (60 minutos), realizadas por endoscopistas expertos, con sedación profunda o superficial según facultativo y con intención de resección del máximo de lesiones. Se analizaron prospectivamente las endoscopias realizadas de enero a junio, recogiendo variables demográficas, tasa total de detección de adenomas y por facultativo, número y estadio final de cáncer colorrectal, tasa de colonoscopia completa, tiempo de retirada, incidencia de complicaciones y calidad de la preparación.

#### Resultados

Se realizaron un total de 395 colonoscopias (edad media: 67,3 años; H/M: 1,47). Hubo una tasa de detección de adenoma (TAD) del 70,38% (278/395). De ellos el 13% (36) fueron lesiones avanzadas, el 74,54% (210) tenían displasia de bajo grado (DBG) y el 11,51% (32) displasia de alto grado (DAG) (Figura 1). La TDA osciló entre el 66-82% entre los endoscopistas. Se detectaron un total de 40 lesiones cancerosas (10,3%), 38 adenocarcinomas, un linfoma linfocítico difuso y un tumor neuroendocrino. El 80% se situaban en colon izquierdo. El 42% fueron estadio 0, 12% estadio I, 7,5% estadio II, 10% estadio III y 5 % estadio IV (Figura 2). No hubo perforaciones.

Se produjeron un 3% (12/395) de hemorragias tras polipectomía, controladas todas endoscópicamente. Se tuvieron que repetir el 2,5% (10/395) de las exploraciones por mala preparación y 6 exploraciones fueron incompletas (1,52%) por fijación o hernias.

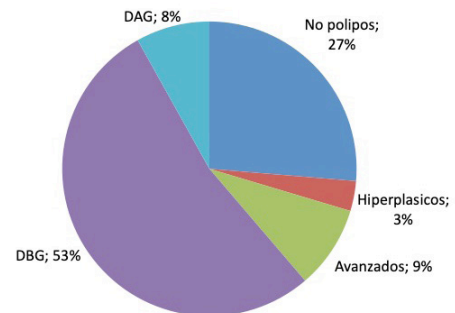


Figura 1 Características de los pólipos detectados.

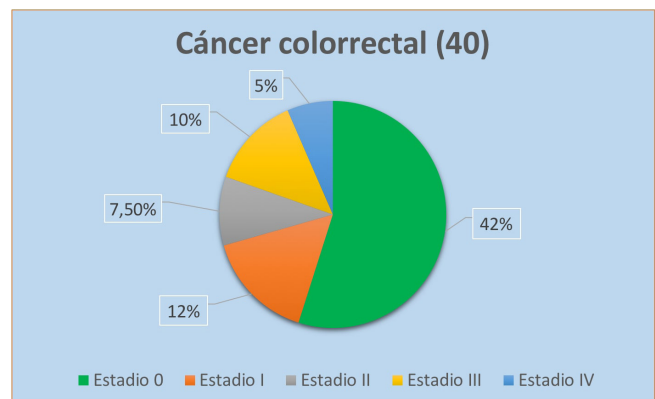


Figura 2 Estadios de las lesiones cancerosas.

#### Conclusiones

Nuestra TAD se encuentra dentro de los estándares descritos en los programas de cribado desarrollados en otras Comunidades Autónomas (47-60%). El programa de cribado del CCR demuestra gran seguridad y supone un gran impacto en salud en la población, detectando y extirpando lesiones antes de que sean avanzadas en un alto porcentaje de pacientes. Además la mayoría de las lesiones cancerosas detectadas (82,5%) se encuentran en estadios precoces (0-II), potencialmente curables. Debemos recalcar la importancia de completar la implantación del programa y dotar a las diferentes unidades de endoscopia de los medios adecuados para que éste pueda llevarse a cabo de forma universal.

## CO-20. IMPACTO EN PERCEPCIÓN DE SALUD, CALIDAD DE VIDA Y PRODUCTIVIDAD LABORAL DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL PARA HEPATITIS C EN PACIENTES SIN FIBROSIS SIGNIFICATIVA

ESTÉVEZ ESCOBAR M<sup>1</sup>, ROSALES ZABALJM<sup>2</sup>, BELLIDO MUÑOZ F<sup>3</sup>, CASADO MARTÍN M<sup>4</sup>, LÓPEZ GARRIDO MA<sup>5</sup>, MOLINA VILLALBA C<sup>1</sup>, MOLINA MALDONADO C<sup>1</sup>, VIÑOLO UBIÑA C<sup>1</sup>, MEDINA MENDOZA C<sup>1</sup>, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ P<sup>1</sup>, GALLEGRO ROJO FJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, ALMERÍA.

<sup>2</sup>COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

<sup>3</sup>COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

<sup>4</sup>COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

<sup>5</sup>COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

### Introducción

Entre las manifestaciones extrahepáticas de la infección crónica por el virus de hepatitis C (VHC), la astenia se cifra hasta en un 61% de afectados. Se ha descrito mejoría de ésta y sus consecuencias con la obtención de respuesta viral sostenida (RVS12) tras empleo de antivirales de acción directa (AAD) en estudios de registro, pero en menor medida en vida real, y sobre muestras que además incluían pacientes con grados variables de fibrosis. Evaluar el efecto del tratamiento con AAD en pacientes con infección crónica VHC con Fibrosis baja (F0-F1) sobre Astenia, Percepción de calidad de vida y Productividad laboral.

### Material y Métodos

Serie de casos longitudinal prospectiva multicéntrica, entre Mayo 2018 y Abril 2019. Pacientes mono infectados con fibrosis baja (Elastografía <7,1kPa o Fib-4 <1,45) cumplimentaron los cuestionarios validados FACIT-F (valora astenia y bienestar físico, social, emocional y funcional) y WPAI para hepatitis C (valora absentismo, presentismo, deterioro en rendimiento laboral y deterioro en rendimiento cotidiano), al inicio del tratamiento y pasadas 12 semanas de su fin.

### Resultados

Se incluyeron 156 pacientes de los cuales 118 completaron los formularios en ambas visitas, procedentes de 5 centros hospitalarios, cuyas características basales se detallan en la **Tabla 1**, de los cuales solo 1 no obtuvo RVS12.

Se obtuvo mejoría significativa en la puntuación de los cuestionarios en RVS12 respecto al basal tanto a nivel global (mediana 119,5 vs 132; p<0,001) como en cada una de las esferas: astenia (40,2 vs 45; p<0,001), bienestar físico (23,9 vs 26; p<0,001), social (20 vs 23,5; p<0,001), emocional (16 vs 19; p<0,001) y funcional (20 vs 21, p=0,001). En el análisis bivariante de las posibles variables asociadas un incremento en la puntuación global >=10% (obtenida por 59 pacientes, 50,4% del total), sólo el empleo a tiempo completo se relacionó con dicha mejoría (de quienes la obtuvieron, 54,2% trabajaba vs 43,4% desempleados y 3,4%

Variable		Distribución (n=118)
Sexo n (%)	Hombre	68 (57,6%)
	Mujer	50 (42,4%)
Edad*		49,7 (±9,8)
Origen n (%)	Europa	107 (90,7%)
	SubSáhara	7 (5,9%)
	Magreb	3 (2,5%)
	LatinoAm	1 (0,8%)
IMC		25,2 (23,1-28,0)
Empleo n (%)	Completo	54 (45,8%)
	Parcial	10 (8,5%)
	Ninguno	53 (44,9%)
ExADVP n (%)		30 (25,4%)
Fumador n (%)		57 (48,3%)
Alcohol n (%)	<30gr/d	106 (89,8%)
	>30gr/d	10 (8,5%)
Esteatosis n (%)		20 (16,9%)
Diabetes mellitus n (%)		5 (4,2%)
Anemia (<13gr/dl ♂- 12gr/dl ♀) n (%)		4 (3,4%)
EPOC n (%)		3 (2,5%)
Cardiopatía n (%)		3 (2,5%)
Depresión n (%)		9 (7,6%)
Uso ansiolíticos n (%)		20 (16,9%)
Enf Reumatológica n (%)		3 (2,5%)
Enf Autoinmune n (%)		2 (1,7%)
F. Glomerular <60ml/min/1,73m <sup>2</sup> n (%)		2 (1,7%)
Charlson Score		1,0 (0,0-1,0)
HepCom Score		0,118 (0,058-0,237)
Genotipo n (%)	1a	32 (28%)
	1b	47 (39,8%)
	2	7 (5,9%)
	3	21 (17,8%)
	4	7 (5,9%)
	Otro	3 (2,5%)
Carga Viral (UI/ml)		1.242x10 <sup>3</sup> (362x10 <sup>3</sup> - 4.973x10 <sup>3</sup> )
GPT (U/L)		46 (32-68)
Elastografía transición (kPa)*		5,4 (±1,1)
Fib-4		1,18 (0,89-1,82)
Terapia previa (Ifn) n (%)		20 (16,9%)
AAD n (%)	Gle/Pib	68 (57,6%)
	Sof/Velp	39 (33,1%)
	Graz/Elb	6 (5,1%)
	Sof/Led	5 (4,2%)
Duración n (%)	8s	71 (60,2%)
	12s	47 (39,8%)
RVS12 n(%)		117 (99,1%)

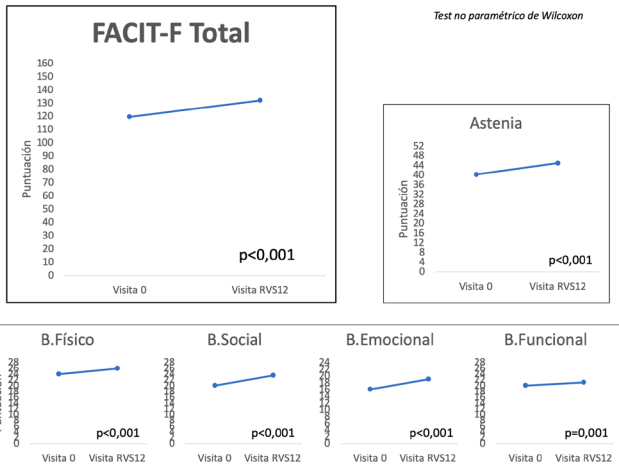
**Tabla 1**

Características basales. Variables en visita 0. (\*expresadas en media con desviación estándar; resto de variables, expresadas en mediana con P25-P75).

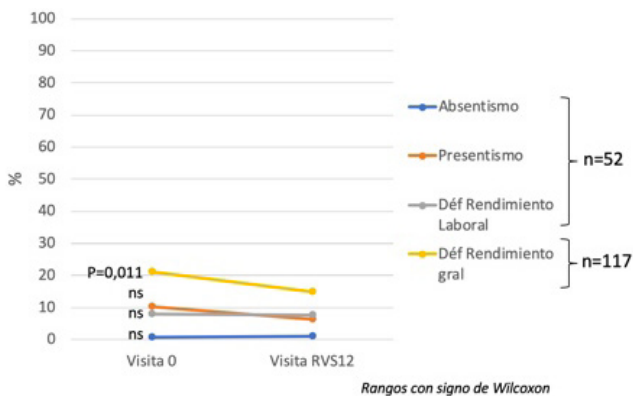
tiempo parcial, p=0,033). En el cuestionario WPAI, no se registró mejoría significativa en porcentaje de absentismo, presentismo, ni deterioro de rendimiento en los pacientes empleados, pero sí una descenso en el deterioro de actividades habituales atribuido a VHC, en la muestra total (21,2% vs 14,7%, p=0,011).

### Conclusiones

El tratamiento del VHC con AAD en pacientes con fibrosis mínima o ausente produce una mejora en el bienestar físico, social, emocional y funcional del sujeto, así como en su nivel basal de astenia, en especial en pacientes que trabajan a tiempo completo. Además, mejora el rendimiento para el desempeño de actividades cotidianas, si bien no modifica los índices de productividad laboral.



**Figura 1** Resultados FACIT-F. Comparativa de valores brutos obtenidos en cuestionario FACIT-F de forma global y en cada una de sus esferas, entre Visita 0 y Visita 12 semanas post-tto.



**Figura 2** Resultados WPAI HepC. Comparativa de las variables reflejadas en cuestionario WPAI referentes a detrimento en productividad laboral (en subgrupo de pacientes en activo) y a detrimento en rendimiento diario (muestra total).

### CO-21. MICROELIMINACIÓN DE VHC: ESTUDIO INTERVENCIÓNAL SOBRE PACIENTES DIAGNOSTICADOS QUE NO ACCEDEN AL SISTEMA. (ESTUDIO DE DOS FASES)

DEL PINO BELLIDO P, GUERRA VELOZ MF, CORDERO RUIZ P, BELLIDO MUÑOZ F, CAUNEDO ÁLVAREZ A, CARMONA SORIA I

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

### Introducción

Según datos nacionales en España hasta Julio 2019 se han tratado más de 130.000 pacientes con Hepatitis C crónica, sin embargo, queda un grupo importante de pacientes que no acceden al sistema. Con la aparición del proceso diagnóstico en un solo paso se pretende mejorar la derivación en aquellos con carga viral detectable, no obstante, eso solo se aplica a los nuevos diagnósticos en nuestra área, pudiendo excluirse aquellas serologías positivas previas que no han cumplido el proceso diagnóstico. OBJETIVO: Identificar y confirmar infección activa en pacientes que no han sido derivados a consulta. Recuperar pacientes con infección crónica que no han completado el tratamiento por inasistencia al sistema

### Material y Métodos

Estudio analítico retrospectivo (primera fase) y de intervención (segunda fase) en el que se incluyeron serologías anti-VHC positivas entre enero del 2013 y mayo del 2018 en el área sanitaria Virgen Macarena, previo a la implementación del diagnóstico de un solo paso. En la primera fase se identificaron sujetos no derivados, o perdidos en el sistema. En una segunda fase tras establecer un circuito directo con atención primaria (AP) y centros de adicciones (CTA) para derivación simplificada vía telemática y tras la creación de una consulta específica de Hepatitis C (médico-enfermería), los sujetos con infección no confirmada o pérdida seguimiento/inasistencia fueron citados mediante carta/llamada telefónica para realización de: exploración, analítica, carga viral y fibroscan.

### Resultados

Se incluyeron 1330 serologías positivas. 55,7% conocía o tenía registro de serología previa positiva.

FASE I: Se resumen en la tabla 1 los resultados de esta fase.

FASE II: Tasa pérdidas/inasistencia consulta 241/1041 = 23,1%. Se contactó 54,8% (132), 16,6% no respuesta llamada/carta, 9% cambio domicilio, 3% rechazo a intervención. 80% (105) virémicos. 44,7% ex-ADVP, 15,4% transfusiones, 20% usuarios de metadona. 8,2% mayores de 80 años. 32,5% presentaron fibrosis avanzada, 2 HCC.

Tasa no derivados 289/1041 = 22%.

Se ha contactado 43,6% (126), 19,4% cambio domicilio, 15,9% no respuesta llamada/carta. El 40% (50) virémicos. El 57,5% ex-ADVP, 18% transfusiones, 30% usuarios metadona. 30% fibrosis avanzada, 1 HCC y un CCR.

### Conclusiones

- Tras la implementación del diagnóstico del primer paso se evita la derivación innecesaria de pacientes, no obstante, hay un grupo importante que queda perdido en el sistema tras este proceso.

FASE I	Retrospectivo
<b>Solicitud serología</b>	
<b>Atención primaria</b>	854/1330 = 53,6%
<b>Hospitalaria</b>	740/1330 = 46,4%
<b>Tasa de derivación (DIGESTIVO)</b>	1041/1330 = 78,3%
<b>No</b>	289/1330 = 21,7%
<b>Atención primaria</b>	70,6%
<b>Hospitalaria</b>	29,4%
<b>Tasa diagnóstico serológico</b>	915/1041 = 87,9%
<b>Infección Activa</b>	659/915 = 72%
<b>Referencia innecesaria</b>	256/1041 = 24,6%
<b>Tasa de tratamiento</b>	451/659 = 68,4%

Tabla 1

FASE I

FASE II	Intervención
<b>Tasa de tratamiento</b>	138/155 = 89%
<b>Tasa abandono tratamiento</b>	9/138 = 6,5%
<b>Tasa recidiva</b>	4/138 = 2,9%
<b>Tasa preliminar RVS</b>	61/65 = 93,8%

Tabla 2

FASE II

• La simplificación del proceso de derivación --> diagnóstico --> tratamiento y el trabajo interdisciplinar se traduce en tasas altas de curación.

• Estos sujetos perdidos del sistema precisan de seguimiento por el alto porcentaje de fibrosis avanzada.

## CO-22. PERFIL DE PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA A VHC SIN POSTERIOR CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA, ANÁLISIS RETROSPECTIVO A 10 AÑOS

ESTÉVEZ ESCOBAR M, AGUILAR MARTÍN I, PALANCA GIMÉNEZ M, MARTÍNEZ LARIOS B, VALVERDE ROMERA JJ, LLAMAS BELLIDO I, GUARDIA ALÉS S, GÓMEZ TORRES KM, MOLINA MALDONADO C, VIÑOLO UBIÑA C, GALLEGO ROJO FJ

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO(ALMERÍA)

### Introducción

Los últimos estudio de seroprevalencia en España cifran ésta en un 0,85%, siendo una cuarta parte de éstos paciente virémicos.

Aunque se estima que el 29,4% de pacientes con infección activa desconocen su situación, son escasos los datos acerca del perfil de paciente no confirmado con serología positiva. Evaluar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con serología positiva VHC (antiVHC+) en APES Hospital de Poniente, con especial interés en los pacientes sin posterior confirmación microbiológica.

### Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal sobre todos aquellos pacientes que presentaron alguna serología AntiVHC+ entre los años 2008-2017. Tras aprobación en Comité Ético de Almería, se subclasificaron los pacientes según evolución analítica y se revisaron especialmente las historias clínicas de los antiVHC+ sin petición de RNA posterior.

### Resultados

Se extrajeron 14496 códigos analíticos que contenían AntiVHC “no negativo”, tras cuyo análisis permitieron identificar 2012 pacientes con antiVHC+, 282 de los cuales no tenían ninguna determinación de RNA. De éstos, 184 pacientes (65,2%) provenían de Atención Primaria (AP) y 98, de hospital y centros adscritos (salud mental y CPD). Se muestran sus características clínicas en **Tabla 1**. De los pacientes provenientes de AP, 123 no se derivaron (66,8%) y 61 (33,2%) sí, aunque no acudieron al especialista; se asociaron a mayor derivación el recuento de plaquetas <150x10<sup>9</sup>/L (60% derivación vs 30,6% si plaquetas 150x10<sup>9</sup>/L, p=0,009) y GPT 35U/L (42,5% derivación vs 25,9% si GPT <35U/L, p=0,021). De los pacientes no provenientes de AP, la mayoría provenían de Medicina Interna (30,6%), Digestivo (23,5%) y Neumología (14,3%), como se muestra en **Tabla 2**. Se derivaron 36 de los 98 pacientes (36,7%), de los que acudieron a la consulta 28 (77,7% de los derivados). Ninguno de ellos se extrajo la analítica con RNA solicitada desde Digestivo. La única variable asociada con la derivación fue la procedencia de Digestivo vs otras especialidades (p=0,014, **Tabla 2**), siendo las plaquetas <150x10<sup>9</sup>/L y el consumo de alcohol 30gr/d variables cercanas a la significación estadística (p=0,069 y p=0,097, respectivamente).

### Conclusiones

De los pacientes con AntiVHC+ que no han confirmado infección activa por VHC, aproximadamente 2/3 son pacientes que no se

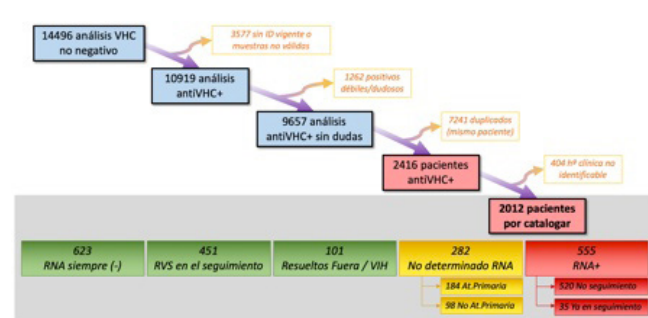


Figura 1

Diagrama de flujo del cribado y clasificación de las serologías obtenidas desde Microbiología.

Variable		At. Primaria (n=184)	No At. Primaria (n=98)	Valor p
Sexo n(%)	Hombre	128 (69,6%)	71 (72,4%)	ns
	Mujer	56 (30,4%)	27 (27,6%)	
Edad (años)		50,3 (±12,1)	49,1 (±14,4)	ns
Origen n(%)	España	79 (42,9%)	75 (76,5%)	0,000
	No datos	46 (25,0%)	1 (1,0%)	0,000
	SubSáhara	24 (13,0%)	6 (6,1%)	ns
	Europa Este	22 (12,0%)	10 (10,2%)	ns
	Magreb	9 (4,9%)	2 (2,0%)	ns
	Otros	4 (2,2%)	4 (4,1%)	ns
Alcohol n(%)	<30gr/d	23 (12,5%)	41 (41,8%)	ns
	≥30gr/d	21 (11,4%)	31 (31,6%)	
ExADVP n(%)		47 (25,5%)	26 (26,5%)	ns
Exitus n(%)		21 (11,4%)	27 (27,6%)	0,000
Usuario drogas n(%)		11 (6,0%)	21 (21,4%)	0,000
Conductas sex riesgo n(%)		4 (2,2%)	7 (7,1%)	ns
Historia previa SM n(%)		35 (19,0%)	27 (27,6%)	ns
Transfusiones y otros proc n(%)		1 (0,5%)	13 (13,3%)	0,000
Coinfección VHB o VIH n(%)		50 (27,2%)	18 (18,4%)	ns
Hepatopatía no VHC n(%)		21 (11,4%)	29 (29,6%)	0,000
Nefropatía n(%)		6 (3,3%)	6 (6,1%)	ns
GPT≥35U/L n(%)		87 (47,3%)	59 (60,2%)	0,038
Plaquetas <150x10 <sup>9</sup> /L n(%)		20 (10,9%)	20 (20,4%)	0,028
Derivación especializada n(%)		61 (33,2%)	36 (36,7%)	ns

Tabla 1

Procedencia de pacientes con antiVHC+ sin datos de RNA, no procedentes de AP, y porcentaje de derivación en cada grupo.

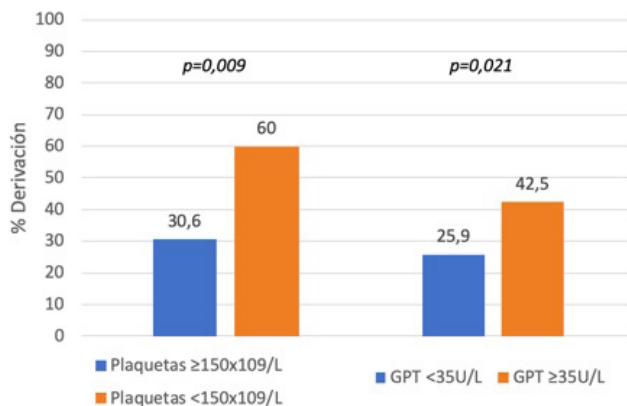


Figura 2

Porcentaje de derivación según Plaquetas y GPT en pacientes con AntiVHC+ sin confirmación de ARN en AP

Procedencia	Valor (n=98)	Derivación n(%)
Medicina Interna	30	9 (30,0%)
Digestivo	23	17 (73,9%)
Neumología	14	4 (28,6%)
Dermatología	6	2 (33,3%)
S.Mental	6	0 (0%)
Ginecología	4	0 (0%)
CPD	3	1 (33,3%)
Otros	8	1 (12,5%)
Sin datos	4	2 (50,0%)

p<0,001

Tabla 2

Características clínicas y epidemiológicas basales de los pacientes sin confirmación de infección mediante RNA.

llegaron a derivar por el peticionario de la serología. En el caso de AtPrimaria, la plaquetopenia e hipertransaminasemia son variables asociadas a una mayor derivación. En el resto de procedencias, la variable asociada a mayor derivación es que el peticionario de la serología fuera el Digestólogo.

## CO-23. PRÓTESIS ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO COMO TRATAMIENTO DE FÍSTULAS ESOFÁGICAS BENIGNAS

LUCENA VALERA A, LUQUE CARMONA AM, SOBRINO RODRÍGUEZ S, MARTÍNEZ SIERRA C, GARCÍA FERNÁNDEZ FJ

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EL EJEDO (ALMERÍA)

### Introducción

Las fístulas benignas de esófago presentan una elevada morbimortalidad ocasionando reintervenciones frecuentes. El objetivo es realizar una revisión de nuestra experiencia en tratamiento de fístulas esofágicas mediante endoprótesis y plantear si constituye una opción adecuada de tratamiento.

### Material y Métodos

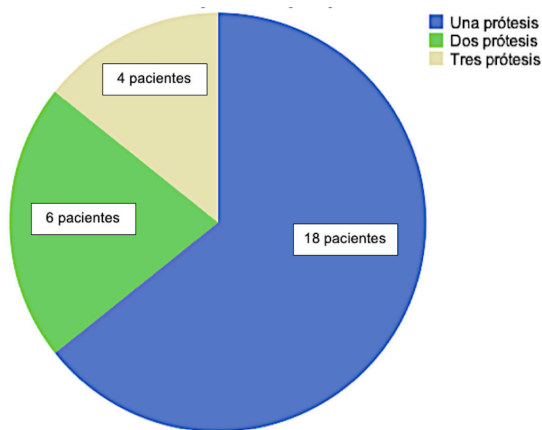
Estudio retrospectivo descriptivo, de un total de 28 pacientes diagnosticados fístulas esofágicas de causa no tumoral, entre Diciembre 2012 y Julio de 2019. Analizamos datos epidemiológicos, clínicos, motivo de la fístula, colocación de prótesis y respuesta al tratamiento (Tabla 1).

Características de los pacientes	Colocación prótesis (42 en total)
- Edad: 54,6 ± 17 años	- Tiempo transcurrido desde la complicación hasta colocación de prótesis: 8 días ± 7,23.
- Sexo: 50% hombres, 50% mujeres	- Tipo de prótesis:
- Etiología de la fístula:	1. Totalmente recubiertas: 46,34% (19 prótesis)
1. Perforación esofágica: 10,7% (3 pacientes)	2. Parcialmente recubiertas: 53,65% (22 prótesis)
2. Deshiscencia tras cirugía oncológica curativa: 42,9% (12 pacientes)	- Diámetros y longitudes diferentes.
3. Deshiscencia tras otras causas de cirugía: 46,4% (13 pacientes)	- Tiempo medio transcurrido entre la colocación de la prótesis y su retirada de 43 ± 30 días

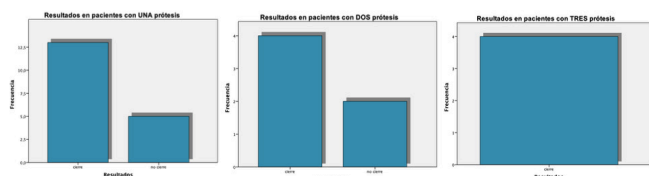
Tabla 1

### Resultados

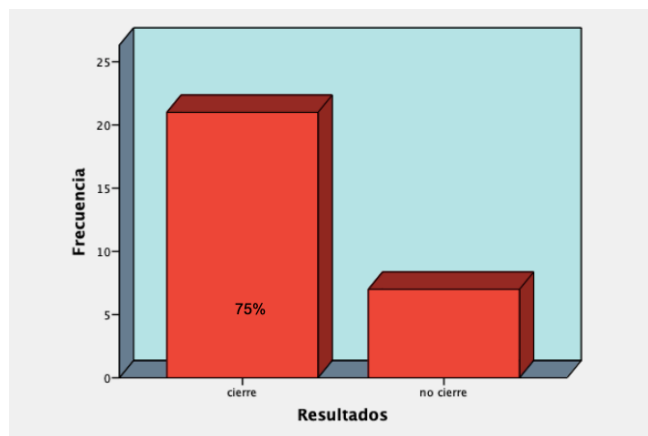
Del total de pacientes 18 necesitaron la colocación de una única prótesis, 6 de ellos dos prótesis y los 4 restantes tres prótesis esofágicas (Figura 1). El cierre de la fístula se consiguió en el 72,2% de los pacientes que requirieron la colocación de de una prótesis, en el 66,7% de los pacientes con dos prótesis y en el 100% de los portadores de tres prótesis (Figura 2). Los motivos de no cierre de la fístula en los 7 casos fue la migración de la misma necesitando intervención quirúrgica en tres pacientes, la complicación infecciosa grave (mediastinitis) en dos de ellos y el fallecimiento por otra causa sin cierre total de la fístula en los dos últimos pacientes. El global de respuesta de cierre de la fístula mediante colocación de prótesis endoscópica fue del 75% (21 de 28 pacientes) (Figura 3).



**Figura 1**  
Número de prótesis requeridas por paciente



**Figura 2**  
Respuesta de la fistula por subgrupos



**Figura 3**  
Resultado global (independiente del número de prótesis)

Complicaciones
• 9 endoprótesis (21.4%): Migración de la prótesis. Motivo de retirada en 3 casos.
• 7 endoprótesis (16.67%): Crecimiento anómalo del tejido periprotésico que dificulta la retirada.
• 5 endoprótesis (12%): sangrado autolimitado

**Tabla 2**

## Conclusiones

La colocación endoscópica de prótesis esofágicas para tratamiento de fístulas esofágicas benignas tiene una tasa de éxito elevada, siendo esta una técnica poco cruenta y con escasa morbimortalidad. Las complicaciones relacionadas con la técnica son en su mayoría.

## CO-24. REINGRESOS POR COMPLICACIONES BILIARES EN PACIENTE CON COLECISTITIS AGUDA BILIAR TRATADOS DE FORMA CONSERVADORA POR SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS CONCOMITANTE

OLVERA MUÑOZ R<sup>1</sup>, LARA ROMERO C<sup>1</sup>, CADENA HERRERA ML<sup>2</sup>, BELVIS JIMÉNEZ M<sup>2</sup>, OTERO LÓPEZ-CUBERO S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL (CÁDIZ). <sup>2</sup>COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA

## Introducción

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la tasa de reingresos por complicaciones biliares en pacientes con colecistitis aguda tratada de forma conservadora por sospecha de coledocolitiasis concomitante. El objetivo secundario es identificar el punto de corte de bilirrubina total al ingreso como predictor de la presencia de coledocolitiasis en estos pacientes.

## Material y Métodos

Se recogieron los datos de manera retrospectiva durante el periodo de Junio 2015 hasta Octubre 2017 en los Hospitales Universitarios Virgen Macarena (Sevilla) y Puerto Real (Cádiz) de pacientes admitidos con diagnóstico de Colecistitis aguda según criterios de la Guía de Tokyo y sospecha de alto riesgo de Coledocolitiasis según la American Association for Gastroenterology (ASGE): Coledocolitiasis en ecografía, bilirrubina >4 mg/dL, bilirrubina >1,8 mg/dl con dilatación de la vía biliar en ecografía y/o presencia de colangitis aguda. Los criterios de exclusión fueron: pacientes <18 años, estenosis benigna/maligna de vía biliar, hepatopatía con pruebas de función hepática alteradas previamente, cirugía hepatobiliar previa, gastrectomía y colecistostomía.

## Resultados

Fueron incluidos 137 pacientes en el estudio. La colecistectomía fue postergada en 86 pacientes (62,8%) por sospecha de coledocolitiasis concomitante, la cual se confirmó posteriormente en el 42,3% de los casos, mientras que se realizó urgente en 9 pacientes y en los 42 restantes fue desestimada. La mediana de tiempo del episodio agudo a la colecistectomía programada fue de 90 días. Los métodos de confirmación de la coledocolitiasis más empleados fueron la ecografía abdominal y la colangio-RM (44,5 vs 45,3%). El valor de bilirrubina al ingreso capaz de predecir la presencia de coledocolitiasis en pacientes con vía biliar dilatada fue de 3,55 mg/dL, mientras que en aquellos con vía biliar normal fue de 4,5 mg/dL (S 89%, E 64,8%), OR 14,74 [(1,71 - 126,84), p=0,004]. El número

de reingresos por complicaciones biliares (nuevo episodio de colecistitis, colangitis o pancreatitis aguda biliar) en los pacientes no intervenidos fue 20 (23,3%), interviniéndose de urgencias sólo en 4 de ellos.

	n = 137	%
<b>Sexo</b>		
Hombres	79	57.7
Mujeres	58	42.3
<b>Unidad de ingreso</b>		
Cirugía	15	10.9
Aparato Digestivo	109	79.6
Otras	13	9.5
<b>Hallazgos ecográficos al ingreso</b>		
Vía biliar normal	63	46
Dilatación de coledoco	50	36.5
Evidencia de coledocolitiasis	24	17.5
<b>¿Confirmación de coledocolitiasis?</b>		
Se confirma	58	42.3
Se descarta	79	57.7
<b>Método diagnóstico</b>		
Ecografía	61	44.5
Colangio-RM	62	45.3
CPRE	14	10.2
<b>Colecistectomía</b>		
Urgente	9	6.8
Programada	86	62.8
Desestimada	42	30.7

**Tabla 1**  
Características de la muestra.

### Conclusiones

En menos del 45% de los pacientes con colecistitis aguda se llegó a confirmar la obstrucción de la vía biliar. Esto ha demostrado una tasa de reingresos por complicaciones biliares mayor al 20% en los pacientes no intervenidos tratados de forma conservadora. El valor de bilirrubina al ingreso identificado como predictor de coledocolitiasis en aquellos pacientes con vía biliar normal en la ecografía abdominal al ingreso fue mayor que el establecido en las guías de la ASGE.

## SESIÓN IV

### CO-25. BÚSQUEDA DE BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA GRASA: APROXIMACIÓN TRANSCRIPTÓMICA.

MAYA MILES D, CORDERO VARELA JA, GALLEGO DURÁN R, GIL GÓMEZ A, MONTERO VALLEJO R, ROJAS ÁLVAREZ-OSSORIO Á, MUÑOZ HERNÁNDEZ R, GATO ZAMBRANO S, GIRÁLDEZ JIMÉNEZ M, AMPUERO HERROJO J, ROMERO GÓMEZ M

GRUPO DE INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO

### Introducción

Búsqueda de biomarcadores genéticos de esteatohepatitis y/o fibrosis en pacientes con enfermedad hepática metabólica grasa (EHMG).

### Material y Métodos

Los datos de expresión génica proceden de Gene Expression Omnibus (GEO) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/>), un servidor

en el que pueden encontrarse datos no procesados de tipo "genome wide". Se incluyeron datos de expresión génica de: 1) Siete cohortes de pacientes (n=380) clasificados usando el NAS score como: a) controles (ausencia de EHMG); b) esteatosis simple y; c) esteatohepatitis. 2) Cuatro cohortes de pacientes con EHMG (n=245) que han sido clasificados según estadio de fibrosis usando el índice Kleiner en: a) Fibrosis leve (F0-F1); b) Fibrosis significativa (F2-F4). Los datos se han analizado como cohortes únicas que han sido normalizadas con la aplicación RMA (R studio). El punto de corte para identificar genes se ha establecido en un False Discovery Rate (FDR) <0,05 y diferencias de expresión (DE) superiores a 1,4 veces (Tabla 1). Para evaluar su posible utilidad terapéutica, hemos comparado los datos obtenidos en pacientes con datos de expresión génica obtenidos de dos modelos in vitro: 1) hepatocitos primarios (PHHs) tratados con ácido palmítico, oleico y TNF-alfa para promover inflamación y la acumulación de grasa y; 2) células hepáticas estrelladas (HSCs) en proceso de activación.

Condiciones que se comparan y número de casos analizados	n° de estudios	TOTAL	genes que pasan el punto de corte*		
			rango de cambio min y max observado	↑	↓
CONTROL vs ESTEATOSIS (106 vs 110)	7	0 (3)	-1.71 a 1.55	(1)	(2)
CONTROL vs ESTATOHEPATITIS (106 vs 164)	7	5 (6)	-1.55 a 1.52	3(4)	2
ESTEATOSIS vs ESTATOHEPATITIS (110 vs 164)	7	0 (0)	-1.27 a 1.46	0	0
F0-F1 vs F2-F4 (201 vs 44)	4	58 (60)	-1.80 a 2.21	54	4 (6)

**Tabla 1**  
Genes expresados diferencialmente en cada uno de los análisis realizados. FDR <0,05 y DE > o < a 1,4 veces (FDR<0,1 entre paréntesis).

### Resultados

Se detectaron cinco genes que aumentan su expresión de forma significativa en pacientes con esteatohepatitis: ME1 DE: 1,53, CXCL10 DE: 1,53, FABP4 DE: 1,49, FST DE: -1,45, P4HA1 DE: -1,49. ME1 también se expresa de forma significativa en células hepáticas estrelladas activadas (DE: 1,53 p: 2,03x10-6; FDR: 3,92x10-4) (Tabla 1). Cincuenta y cinco genes mostraron una expresión diferencial en pacientes con fibrosis significativa, 60 si consideramos una FDR<0,1 (indicados con letra roja) (Tabla 2). Entre ellos encontramos un gen que codifica una proteína transmembrana que no ha sido previamente asociada a fibrosis y que hemos denominado TPAFC (Transmembrane Protein Advanced Fibrosis Candidate). TPAFC presenta un aumento significativo en pacientes con fibrosis (DE: 1,75p: 2,34x10-10; FDR: 1,23x10-6) así como en células hepáticas estrelladas activadas (DE: 3,72 p: 4,00x10-9; FDR: 2,11x10-5).

Gen	DE	Gen	DE	Gen	DE	Gen	DE	Gen	DE	Gen	DE
EFEMP1	2.23	COL1A2	1.69	C7	1.59	IGFBP7	1.50	SOX4	1.43	SERPINE2	1.42
CXCL6	2.12	GJA1	1.69	TAGLN	1.57	CCL19	1.49	CXCL10	1.43	CCDC30	1.42
EPGAM	1.95	GPC3	1.68	GHS9	1.57	COL3A1	1.49	LAMB1	1.44	MTHFD2	1.41
NTS	1.79	DCDC2	1.67	ITGBL1	1.55	SOX9	1.49	NEXN	1.44	FBN1	1.41
CH3L1	1.79	ENPP2	1.64	CCL20	1.53	DKK3	1.48	C12orf75	1.43	CNDP1	0.69
KRT7	1.77	ROBO1	1.64	BICC1	1.53	FBLN5	1.47	CTGF	1.43	OAT	-1.44
TPAFC	1.75	SPP1	1.61	FAM150B	1.53	GPX8	1.46	DEFB1	1.43	GNMT	-1.32
AKR1B10	1.75	CTHRC1	1.60	GOLM1	1.53	LBH	1.46	ACTA2	1.43	LINC01554	-1.38
LUM	1.70	GEM	1.59	RCAN2	1.53	FAT1	1.46	JAG1	1.43	MTIM	-1.38
THBS2	1.69	VCAN	1.59	CCL2	1.51	COL4A1	1.46	GINS1	1.42	DHRS2	-1.80

**Tabla 2**  
Genes asociados a fibrosis significativa. Verde: comportamiento similar en células hepáticas estrelladas activadas; rojo: comportamiento similar en hepatocitos primarios tratados. Letra roja: FDR<0,1.