

EMO en la DMO basal. **Tabla 3.** Niveles de fosfatasa alcalina por encima del límite superior de la normalidad (25,7% vs. 13,5%; $p < 0,05$) y la ausencia de respuesta según criterios de Paris II (30,6% vs. 17,3% en aquellos con respuesta; $p < 0,035$) se relacionaron con más riesgo de osteoporosis. En el análisis multivariante solo la edad se relacionó con más riesgo de osteoporosis (HR 1,054 $p < 0,011$). El 43%(96/223) se realizaron una segunda DMO evolutiva (patológica en el 80,6% de casos). La EMO progresó en el 20,7%(19/92). Los niveles elevados de GGT se relacionaron con más riesgo de progresión en el análisis univariante (32,4% vs. 14,8%; $p < 0,05$) y multivariante (HR 1,006 $p < 0,047$). **Tabla 4.**

Características de la cohorte	n(%)
Sexo femenino	362/393 (92,1%)
Consumo de tabaco	101/393 (25,7%)
Enfermedad tiroidea	77/393 (19,6%)
Raynaud	16/393 (4,1%)
Sigren	37/393 (9,4%)
Esclerodermia	11/393 (2,8%)
Celiacía	8/393 (2%)
Artritis Reumatoide	14/393 (3,6%)
Psoriasis	11/393 (2,8%)
Al menos una enfermedad autoinmune concomitante	177/393 (45%)
Tratamiento corticoideo	68/393 (17,3%)
Cirrosis	44/393 (11,2%)
Antecedentes de fracturas óseas	26/393 (6,6%)

Tabla 1

Características de la cohorte.

Hallazgos DMO basal	n(%)
DMO patológica	164/217 (75,5%)
Osteopenia lumbar	102/218 (46,8%)
Osteopenia femoral	114/219 (52,1%)
Osteoporosis lumbar	38/218 (17,4%)
Osteoporosis femoral	22/219 (10%)

Tabla 2

Resultados de la DMO basal.

Variable	Enfermedad mineral ósea (osteopenia/osteoporosis)	N	Media	Desviación estándar	Análisis univariante	Análisis multivariante
Edad (años)	No	54	50,0	18,1	$p < 0,05$	HR 1,032; $p < 0,004$
	Si	168	59,5	23,4		
Rigidez hepática (kPa)	No	40	6,9	3,6	$p < 0,012$	HR 1,123; $p < 0,025$
	Si	117	9,1	8,6		
Bilirrubina (mg/dl)	No	53	0,6	0,5	$p < 0,818$	
	Si	161	0,6	0,9		
Fosfatasa alcalina (U/L)	No	54	146,7	131,4	$p < 0,326$	
	Si	161	167,6	127,5		
GGT (U/L)	No	54	86,4	80,9	$p < 0,328$	
	Si	162	117,1	208,7		
Albumina (g/dl)	No	41	4,3	0,4	$p < 0,864$	
	Si	132	4,2	0,4		
INR	No	47	1,0	0,4	$p < 0,036$	
	Si	140	0,9	0,2		
Plaquetas ($\times 10^9/L$)	No	53	206378,2	138276,0	$p < 0,720$	
	Si	161	217395,1	269396,2		
Fumador (%)	Si	80,7%			$p < 0,285$	
No fumador (%)	Si	73,6%				
Enfermedad autoinmune (%)	Si	75,2%			$p < 0,948$	
No enfermedad autoinmune (%)	Si	75,6%				
Corticoides (%)	Si	74,4%			$p < 0,860$	
No corticoides (%)	Si	75,5%				
AUDC (%)	Si	71,4%			$p < 0,675$	
Tratamiento de 2ª línea (%)	Si	76,1%				
Respuesta a tratamiento (Paris II, %)	Si	74,7%			$p < 0,630$	
No respuesta a tratamiento (%)	Si	77,8%				
Fracturas (%)	Si	78,9%			$p < 0,788$	
No fracturas (%)	Si	74,5%				

Tabla 3

Variables relacionadas con la enfermedad mineral ósea en la DMO basal.

Conclusiones

La monitorización de la EMO en nuestras consultas de hepatología es subóptima a pesar de que está presente en el 75,5% de los pacientes evaluados. La edad y la rigidez

Variable	Progresión enfermedad mineral ósea	N	Media	Desviación estándar	Análisis univariante	Análisis multivariante
GGT (U/L)	No	60	65,8	64,5	$p < 0,117$	HR 1,006 ($p < 0,047$)
	Si	19	143,32	203,0		
GGT en rango (%)	Si	14,8%			$p < 0,05$	
GGT > LSN (%)	Si	32,4%				

Tabla 4

Relación de los niveles de GGT con la progresión de la enfermedad mineral ósea.

hepática se relacionaron con más riesgo de EMO en la DMO basal. Solo la edad se relacionó con más riesgo de osteoporosis. Los valores de GGT se relacionaron con más riesgo de progresión de la EMO en el seguimiento.

SESIÓN III

CO-11. CONSUMO DE RECURSOS EN EL PROCESO DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTestino IRRITABLE (SII) EN ANDALUCÍA

Serrano Falcón B1, García De Paso Mora J2, Caballero Mateos A3, Grilo Bensusan I4, Ledro Cano D5, Perona Vicenti M6, Jiménez Contreras S7, Alejandro Altamirano R8, Vida Pérez L8, Pérez Rodríguez E8, Méndez Sánchez I9, López Vega MDC9, Rivas Ruiz F10, Gómez Rodríguez B5, Pérez Aisa A9

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRONSAUD SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ⁴UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA), MARBELLA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ⁹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ¹⁰UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

Explorar la epidemiología de SII en nuestro medio en cuanto a consumo de recursos en el proceso diagnóstico del paciente.

Material y métodos

Estudio multicéntrico, transversal, observacional, realizado entre junio de 2021 y junio de 2023 en consultas de digestivo de Andalucía.

Se ha utilizado la base de datos REDCap (Research Electronic Data Capture) vinculada a la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva.

Población de estudio: Pacientes valorados en consultas de digestivo, mayores de 18 años de edad, diagnosticados de SII previamente o el día de la visita, con capacidad de comprender el estudio y haber firmado consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con sospecha de organicidad.

Las variables utilizadas se recogen en la **tabla 1**.

Variables de estudio para valorar características clínicas de SII	
- Datos demográficos	- Edad - Género
- Hábitos de vida	- Consumo de tabaco activo (sí/no). - Ingesta de agua diaria en litros. - Actividad física regular (>3 veces en semana): sí/no. - Restricciones de dieta (lactosa, fructosa, gluten, FODMAP, otras restricciones).
- Tipo de consulta	- Servicio de procedencia (Atención Primaria, Digestivo, Cirugía, Otorrinolaringología, Hematología, Urología, Ginecología, otros). - Primera visita o revisión. - Atendido en consulta general o consulta monográfica/Unidad de trastornos funcionales digestivos.
- Caracterización SII	- Cumple criterios Roma IV SII: sí/no. - Días de la semana con dolor abdominal (1-7). - Relación con la defecación (sí/no). - Relacionado con cambios en la frecuencia de la defecación (sí/no). - Relacionado con cambios en la forma de las deposiciones (sí/no). - Meses desde que inició los síntomas (más de 6 para cumplir criterio). - Subtipo según criterios Roma IV (diarrea, estreñimiento, mixto e indeterminado). - Intensidad según escala IBSS (8): leve (75-175, moderado 175-300, grave >300). - Clasificación en base a gravedad subjetiva según médico (leve, moderado, grave). - Clasificación en base a gravedad subjetiva según paciente (leve, moderado, grave). - Síntomas rectales concomitantes (mucosidad, urgencia defecatoria, evacuación incompleta, esfuerzo defecatorio). - Síntomas digestivos extraintestinales: pirosis, dispepsia (saciedad precoz, epigastralgia, plenitud postprandial). - Síntomas extradigestivos (Fibromialgia, Sd de fatiga crónica, alteración de la articulación temporomandibular, cefalea, dolor cervical o dorso lumbar, migraja, astenia, palpitaciones, sofocos, problemas del sueño, falta de lívido, dispareunia, urgencia miccional y nicturia, sd ansioso-depresivo y disnea). - Signos y síntomas de alarma previos al diagnóstico (pérdida de peso, > 10% índice de masa corporal (IMC) en los 3 meses anteriores, rectorragia, historia familiar de cáncer colorrectal, celiacía o enfermedad inflamatoria intestinal (EII), anemia ferropénica o ferropénica, nocturnidad).
Variables de estudio para valorar consumo de recursos en el SII	
- Número de visitas previas	- Atención Primaria (AP): Ninguna, <2, de 2 a 5 y >5. - Atención Especializada (AE o digestivo): Ninguna, <2, de 2 a 5 y >5.
- Pruebas diagnósticas realizadas hasta establecer diagnóstico	- Número de pruebas diagnósticas realizadas. - Pruebas diagnósticas realizadas (Perfil férrico, PCR, hormonas tiroideas, coprocultivo, parásitos en heces, sangre oculta en heces, calprotectina fecal, Serología de enfermedad celíaca, colonoscopia, ileoscopia, Biopsia de colon, ecografía de abdomen, TAC de abdomen o RMN, gastroscopia, biopsia de duodeno).
- Necesidad de visitas posteriores	- Alta/revisión.

Tabla 1

Variables recogidas en el estudio, clasificadas en base al objetivo que responden.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para valorar diferencias respecto a variables de interés categóricas se utilizó test Xi-cuadrado/ Exacto de Fisher (variables cualitativas), test t de Student (variables cuantitativas) y test de hipótesis no paramétricas (distribución no normal).

Resultados

Se obtuvieron 132 registros (129 válidos para análisis) de 9 centros andaluces (**tabla 2**). Todos los pacientes incluidos cumplían criterios Roma IV de SII (frecuencia según subtipo en **figura 1**). La edad media de los incluidos fue 45,7 años \pm 16,7 (16-80). El 78,3% eran mujeres (n 101).

Hasta el 72,9% (n 94) había precisado más de dos consultas previas en Atención Primaria (AP) y un 64,3% (n 83) habían consultado previamente a Atención especializada (AE), según refleja **figura 2**. Los factores asociados a mayor número de visitas en AP se recogen en la **tabla 3** y en AE, en la **tabla 4**. El número medio de pruebas realizadas fue 8,07 \pm 2,84 (1-16) (**Figura 1**), su distribución según la prueba se muestra en la **Figura 2**. Los factores asociados a un mayor número de pruebas diagnósticas se recogen en la **tabla 5**. La edad (p 0,0) y el mayor número de visitas a AE (p 0,0)

	N (%)
Hospital de Motril	40 (31%)
Hospital Alta Resolución Écija	18 (14%)
Hospital Universitario Macarena	18 (14%)
Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga	16 (12,4%)
Hospital Quironsalud Marbella	11 (8,5%)
Hospital Alta Resolución Alcalá la Real	10 (7,8%)
Hospital Universitario Reina Sofía	7 (5,4%)
Hospital Universitario Costal del Sol	4 (3,1%)
Hospital Quironsalud Sagrado Corazón	5 (3,9%)
Total	129 (100%)

Tabla 2

Número de pacientes incluidos por cada centro participante (total de incluidos: 129).

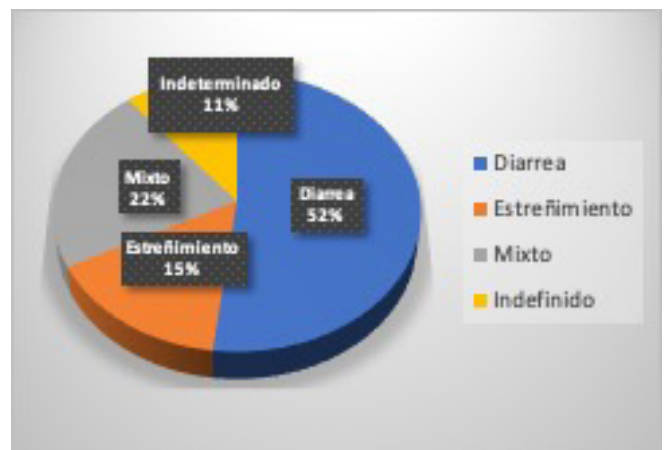


Figura 1

Frecuencia de cada subtipo de SII en la muestra estudiada (n 129).

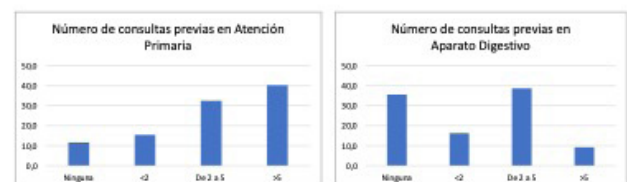


Figura 2

Frecuencia (N) en el número de consultas previas en AP y AE.

se asociaron con la realización de colonoscopia. Un 45% (n 58) fueron dados de alta y el 53,5% (n 69) permaneció en seguimiento en AE, Los factores asociados con la elección

Número de visitas	0-1	De 2 a 5	Más de 5	N	p
	35 (27,1)	42 (32,6%)	52 (40,3%)	129 (100%)	
Edad media	38,8 ± 12,6 (34,4-43,1)	45,3 ± 18,6 (40,1-51,7)	50,3 ± 6,2 (45,8-54,8)		0,006
Género	Mujer (n, % dentro del género)	33 (32,7%)	41 (40,6%)	101 (100%)	0,981
	Hombre	9 (32,1%)	11 (39,3%)	28 (100%)	
Gravedad (Valoración subjetiva del médico)	Leve	22 (31,4%)	28 (40%)	20 (28,6%)	70 (100%)
	Moderado	11 (23,9%)	11 (23,9%)	24 (52,2%)	46 (100%)
	Grave	2 (15,4%)	3 (23,1%)	8 (61,5%)	13 (100%)
Gravedad (Valoración subjetiva paciente)	Leve	11 (35,5%)	13 (41,9%)	7 (22,6%)	31 (100%)
	Moderado	16 (24,6%)	24 (36,9%)	25 (38,5%)	65 (100%)
	Grave	7 (21,9%)	5 (15,6%)	20 (62,5%)	32 (100%)
Gravedad (IBSSS)	Leve (<=175)	10 (50%)	8 (40%)	2 (10%)	20 (100%)
	Moderado (175-300)	17 (29,8%)	20 (35,1%)	20 (35,1%)	57 (100%)
	Grave (>=300)	8 (15,4%)	14 (26,9%)	30 (57,7%)	52 (100%)
Subtipo SII	Diarrea	22 (38%)	23 (34,3%)	22,32,8%	67 (100%)
	Estreñimiento	4 (19%)	7 (33%)	10 (47,6%)	21 (100%)
	Mixto	10 (35,7%)	7 (25%)	11 (39,3%)	28 (100%)
	Indeterminado	5	5	4	14 (100%)

Tabla 3

Factores asociados a un mayor número de visitas a Atención Primaria. Se expresa en distribución de frecuencia (significación estadística p<0,05).

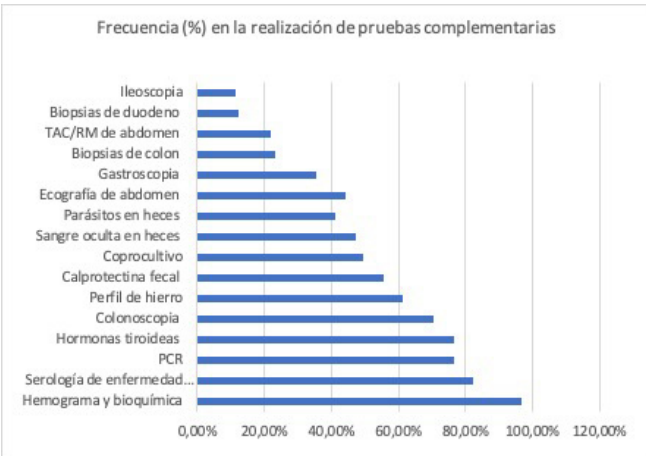


Figura 3

Frecuencia en la realización de cada prueba diagnóstica en los pacientes incluidos, expresado en % sobre el total de la muestra (n 129).

de revisión fueron la percepción de gravedad por médico (p 0,04), por paciente (p 0,0) y mayor puntuación en IBSSS (p 0,08).

Conclusiones

Continuamos con dificultad en el manejo de SII, con un elevado consumo de recursos en visitas médicas y pruebas realizadas. Se precisa de estudios epidemiológicos prospectivos y mayor formación sobre SII a personal sanitario y población.

Número de visitas a Atención especializada (AE)	0-1	2 o más	p
	67 (51,9%)	62 (48,1%)	
Edad media	38,84 ± 15,26(38,08-54,1)	53,27 ± 15,069 (53,04-68,3)	0,00
Subtipo SII	Diarrea	23 (34,3%)	
	Estreñimiento	6 (28,6%)	0,01
	Mixto	17 (60,7%)	
	Indeterminado	67 (57,8%)	

Tabla 4

Factores asociados a un mayor número de visitas a Atención Especializada. Se expresa en distribución de frecuencia (significación estadística p<0,05).

		Nº pruebas diagnósticas realizadas		p
		<=8	>=9	
Edad		41,5 ± 16,1	51,7 ± 15,9	p 0,00
Número de consultas a AP	0-1	28 (80%)	7 (20%)	
	2 a 5	22 (52,4%)	20 (47,6%)	
	>5	76 (58,9%)	53 (41,1%)	p 0,008
Número de consultas a AE	0 a 1	49 (73,1%)	18 (26,9%)	
	2 o más	27 (43,5%)	35 (56,5%)	p 0,001
Síntoma extradigestivo: Cefalea	no	45 (52,3%)	41 (47,7%)	
	si	31 (72,1%)	12 (27,9%)	p 0,001
Subtipo SII	Diarrea	48 (71,6%)	19 (28,4%)	p 0,045
	Estreñimiento	10 (47,6%)	11 (52,4%)	
	Mixto	14 (50%)	14 (50%)	
	Indeterminado	7 (50%)	7 (50%)	

Tabla 5

Factores asociados a un mayor número de pruebas diagnósticas realizadas. Se expresa en distribución de frecuencia (significación estadística p<0,05).

CO-12. CRIBADO ETARIO OPORTUNISTA PARA HEPATITIS C EN ANDALUCÍA: ESTUDIO PILOTO

Freyre C¹, Fernandez Sanchez F², Rodriguez Maresca M³, Cubillas JJ⁴, Del Diego J⁴, García F⁴

¹LABORATORIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLÓGIA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ²LABORATORIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLÓGIA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³LABORATORIO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ⁴SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLÓGIA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

El Plan Andaluz para la eliminación de la hepatitis C contempla el cribado etario oportunista (CEO): realización de la prueba de VHC en los pacientes a los que se ha realizado una extracción sanguínea con otros fines, pero

que cumplen los criterios de edad relacionados con una mayor prevalencia de hepatitis C, y por lo tanto con mayor carga de enfermedad oculta. En nuestro trabajo presentamos los resultados del CEO en los varones de 50-59 años de cuatro áreas sanitarias de Andalucía.

Material y métodos

Estudio piloto, prospectivo, en los hospitales de Puerto Real (HUPR), Costa del Sol (HUCS), Torrecárdenas (HUT) y San Cecilio (HUCSC). Ante la necesidad de disponer de consentimiento, desde los sistemas de información de laboratorio (SIL) se generaron diariamente, para Salud Responde, archivos con los demográficos de los pacientes con muestra disponible en los laboratorios, varones, de edades entre 50 y 59 años, que no hubieran sido cribados previamente. Desde Salud Responde se realizaron hasta tres llamadas en 48 horas, periodo tras el cual se devolvieron a los laboratorios los datos con la respuesta de los pacientes. Desde los laboratorios se reflejó la prueba de anti-VHC en los pacientes que consintieron.

Resultados

El piloto se realizó de mayo a Julio de 2023. Respecto a la adherencia al consentimiento a realizar la prueba, el 23% de los pacientes que cumplían criterios para entrar en el piloto no consiguieron ser contactados por Salud Responde; de entre los contactados, el 94% otorgaron su consentimiento para ser testados. Se han analizado muestras de 5337pacientes (HUPR 1461, HUCS 956, HUT 749, HUCSC 2171). La seroprevalencia encontrada ha sido del 1,7% (IC95% 1,33-2,05), [HUPR 2,33% (IC95% 1,61-3,25); HUCS 0,5 (IC95% 0,16-1,22); HUT 3,33 (IC95% 2,16-4,93); HUCSC 1,1 (IC95% 0,74-1,70)]. La prevalencia de infección activa encontrada ha sido del 0,28% (IC95% 0,16-0,46), [HUPR 0,48% (IC95% 0,19-0,98); HUCS 0,1% (IC95% 0,0-0,58); HUT 0,13% (IC95% 0,00-0,74); HUCSC 0,28% (IC95% 0,10-0,60)]. En el estudio de coste eficacia, en el análisis de sensibilidad y peor de los escenarios posibles en cuanto a costes, la relación coste-utilidad incremental (RCUI) fue de 727 €, por debajo de la disposición a pagar de 22.000-25.000 € por año de vida ajustado por calidad (AVAC).

Conclusiones

Se ha establecido un circuito asistencial que permite, respetando la autonomía del paciente, establecer un programa de cribado etario oportunista para la hepatitis C, y que puede ser exportable a otras enfermedades infecciosas que requieran consentimiento informado.

Los datos de infección activa en los hombres de 50-59 años sitúan a Andalucía muy próxima a la micro-eliminación de la hepatitis C. Los datos del estudio de coste efectividad avalan su generalización al resto de la población andaluza.

CO-13. ANALISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LA ACALASIA MEDIANTE LA TECNICA POEM.

Caetano Barrera I, Martín Guerrero JM, Rincón Gatica A, Guil Soto A, Vallejo Vigo RM, Suárez Toribio A, Bozada García JM, García-Fernández FJ

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

Introducción

- Evaluar los resultados clínicos, técnicos y seguridad de la implementación del POEM en un hospital andaluz.
- Evaluar duración de las intervenciones, presencia de complicaciones inmediatas y diferidas, inicio de alimentación y tiempo de hospitalización.
- Evaluar el mantenimiento de la respuesta clínica a medio plazo e impacto en la calidad de vida mediante cuestionarios específicos.

Material y métodos

Diagnóstico mediante endoscopia oral, EGD y manometría esofágica.

POEM: intubación orotraqueal y ventilación mecánica, decúbito supino y profilaxis antibiótica. Fluconazol una semana previa. Disector Hybrid Knife T (ERBE) y sistema de inyección ERBE-jet, presiones de 40 bares (15-20 bares en cardias). Fuente electro quirúrgica VIO3. Miotomía posterior.

Inicio de líquidos a las 24 horas y triturada a las 48 horas. Antibioterapia durante 5 días.

Se realizó análisis antropométrico y evaluación de síntomas y calidad de vida (escalas EAT-10, MDADI, Eckardt) previo y a los 3-6 meses.

Se recogieron variables demográficas, tiempo de procedimiento, complicaciones inmediatas y diferidas, necesidad de neumocentesis y tiempo de hospitalización.

Resultados

26 pacientes desde marzo-22 a octubre-23. 3 acalasia tipo I, 21 tipo II y 2 tipo III. 1 con toxina, 1 toxina + dilatación, 1 dilatación, resto naive. Edad media 47. H:M 1. Endoscopistas expertos con amplia experiencia en DES. Los 8 primeros casos con supervisión de experto sin intervención, posteriormente autónomos.

Media de 83 minutos por intervención, sin incidencias, neumocentesis en cuatro de los pacientes. Sin complicaciones mayores ni incidencias destacables durante el ingreso, con un tiempo de hospitalización medio

TABLA RESUMEN DE RESULTADOS		
Procedencia	Area HVR	13 (50%)
	Otras áreas	13 (50%)
Edad media	50 años (17 - 74)	
H:M	1 (13:13)	
Tipo	I	11%
	II	81%
	III	8%
Naive	23	88,5%%
Tiempo de POEM	88 min (50 - 145)	
Hospitalización	2 días (2-4)	
Peso kg	71,12 (50-120)	
IMC	26	
Ganancia peso kg	9,2	
	pre-POEM	pos-POEM
ECKARDT (0-12)	7,96	0,67
EAT-10 (0-40)	27,87	2,27
MDADI (100-20)	44,71	95,69

Tabla 1

En esta tabla se resumen los resultados del estudio realizado en pacientes sometidos a POEM. Se han recogido variables que tienen en cuenta aspectos clínicos, técnicos y de seguridad del procedimiento.

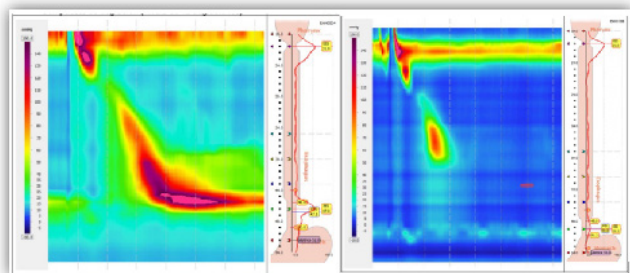


Figura 1

Manometría antes y después del POEM. Ejemplo de la evolución de la manometría tras realizar el procedimiento. Se produce una normalización de las presiones en las áreas sometidas a la miotomía endoscópica (imagen de la derecha).

de 2,3 días, al alta todos tolerando dieta triturada sin dificultad.

En todos los casos seguidos a los 3 meses hubo una gran mejoría de síntomas y calidad de vida por las distintas escalas y ganancia ponderal media de 9,21 kilogramos.

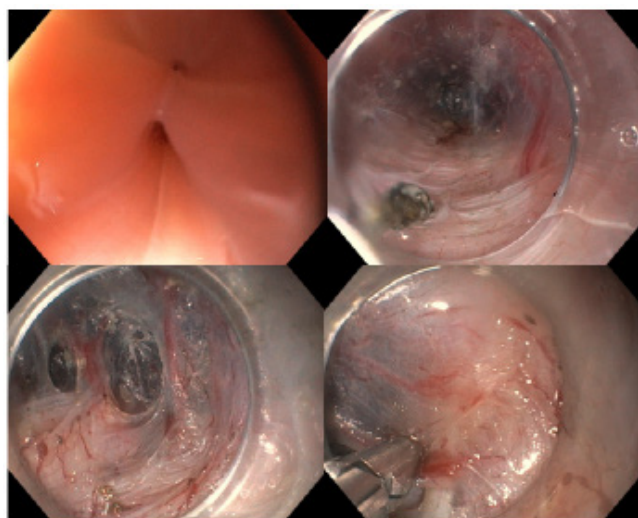


Figura 2

Proceso de tunelización y coagulación de vasos. Se puede observar el proceso de tunelización realizado durante el procedimiento: En la región superior izquierda se observa una disminución de la luz en relación con acalasia. En la región superior derecha y en ambas inferiores, se aprecia el proceso de tunelización, requiriendo coagular vasos.

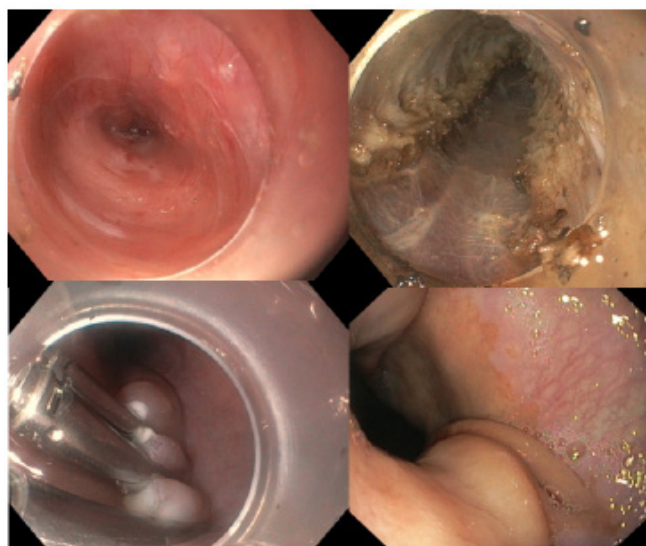


Figura 3

Miotomía y cierre del túnel. Podemos observar en las imágenes superiores e inferior izquierda el proceso de miotomía y cierre del túnel con hemoclips. En la región inferior derecha se muestra el resultado endoscópico 3-6 meses tras POEM.

Manometría a los seis meses (6 pacientes) hipotonía/normotonía del EI1 en todos los casos. Endoscopia entre los 3-6 meses en 11 pacientes, esofagitis grado A en 4 de ellos, sin pirosis clínica controlada con IBP.

Conclusiones

- El POEM se puede incorporar con seguridad al arsenal terapéutico de endoscopia con una tutorización adecuada, en manos de endoscopistas expertos.

- Es muy segura, con escasas complicaciones, consigue una gran mejoría duradera de los síntomas y de la calidad de vida, con tiempo de intervención razonable (< 90 min) y una hospitalización media menor de 3 días.

- El efecto adverso más común es el reflujo gastroesofágico, solo algunos con esofagitis leve y control sintomático con dosis bajas de IBP.

CO-14. CÁNCER DE COLON DE INICIO PRECOZ. ESTUDIO DESCRIPTIVO.

El Fallous El Mraghid M, Tejero Jurado R, Serrano Ruiz FJ, Hervás Molina AJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

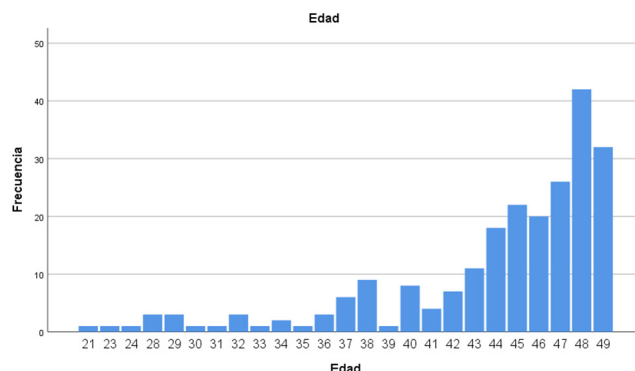
La incidencia del cáncer colorrectal (CCR) en adultos jóvenes está aumentando a nivel mundial, siendo actualmente la tercera causa de muerte por cáncer entre adultos jóvenes menores de 50 años. El aumento en la incidencia se atribuye a varios factores de riesgo emergentes, como la genética, los estilos de vida y los perfiles del microbioma. La baja sospecha en este subgrupo de población hace que el diagnóstico sea tardío y la presentación de la enfermedad ocurra en etapas más avanzadas, con el consecuente peor resultado. El objetivo principal de nuestro estudio fue evaluar las características demográficas y clínicas de los pacientes jóvenes (< 50 años) con CCR en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a los pacientes diagnosticados de CCR con < 50 años durante los años 2007 a 2023 en el HU Reina Sofía. Se incluyeron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas tales como: síntoma guía, localización, histología por colonoscopia y tras cirugía, estadio, tratamiento inicial y complicaciones derivadas del mismo. Además, se identificaron los pacientes en progresión o que fallecieron durante el seguimiento.

Resultados

Incluidos 227 pacientes, de los cuales el 59% eran hombres. La edad media fue 44 años, siendo el rango de 21 a 49 años (Figura 1). El motivo de consulta más frecuente fue rectorragia (33,5%) seguido de dolor abdominal (10,06%) y hallazgos radiológicos (9,7%). La localización más frecuente fue recto (42,8%), siendo sigma la segunda localización en frecuencia (30,8%). La histología más frecuente fue adenocarcinoma (91,2%). El 21,7% de los pacientes tenía un estadio IV y el 39,2% un estadio III al diagnóstico (Tabla 1). El 22,9% de pacientes recibieron terapia neoadyuvante y el 70,1% se sometieron a intervención quirúrgica (de ellos el 60,8% con intención curativa). La quimioterapia adyuvante



Distribución edad en la cohorte estudiada.

Figura 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	11	4,8	4,8
Haggit 0	9	4,0	4,0
Haggit 1	8	3,5	3,5
Haggit 2	3	1,3	1,3
Haggit 4	6	2,6	2,6
T1N0M0	7	3,1	3,1
T2N0M0	9	4,0	4,0
T3N0M0	22	9,7	9,7
T3N0M1	5	2,2	2,2
T3N1M0	54	23,8	23,8
T3N1M1	27	11,9	11,9
T3N2M0	21	9,3	9,3
T3N2M1	7	3,1	3,1
T4N0M0	7	3,1	3,1
T4N0M1	2	,9	,9
T4N1M0	11	4,8	4,8
T4N1M1	4	1,8	1,8
T4N2M0	3	1,3	1,3
T4N2M1	4	1,8	1,8
Total	227	100,0	100,0

Estadaje al diagnóstico (pretratamiento).

Tabla 1

se administró al 58,1% de pacientes. Durante el seguimiento, 42 pacientes (18,5%) tuvieron recurrencia de la enfermedad (predominantemente por metástasis hepáticas, 42,8%), recibiendo una mediana de tres líneas de quimioterapia tras la recidiva (Tabla 2). Fallecieron 68 pacientes (29,9%); el 98% a causa de la enfermedad oncológica.

Esquemas tratamiento

Quimiorradioterapia neoadyuvante	N 52 (22,9%)
Quimioterapia preoperatoria	N 60 (26,4%)
Cirugía	N 169 (74,4%)
Quimioterapia adyuvante	N 132 (58,1%)
Cirugía de rescate	N 19 (8,4%)
Quimioterapia recurrencia	N 35(15,4%)

Estrategias de tratamiento.

Tabla 2

Conclusiones

El CCR es un problema de salud pública emergente. Se trata de un perfil de paciente con particularidades, por la elevada frecuencia de estadios avanzados al diagnóstico aunque, por otro lado, potenciales candidatos a terapias más agresivas. Hacen falta estudios prospectivos que evalúen a este subgrupo de pacientes, así como un enfoque multidisciplinar que garantice planes de tratamiento integrales y personalizados.

CO-15. DIETA MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA CON ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA. ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL IMPACTO EN LA EHGNA.

Del Pino Bellido P, Delgado Rodríguez C, Vías Parrado C, Cordero Ruiz P, Bellido Muñoz F, Valladolid León JM, Caunedo Álvarez A, Sánchez Margalet V, Jiménez Cortegana C, Carmona Soria I

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

La inflamación del tejido adiposo y el estrés oxidativo se han relacionado con la progresión de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). En situaciones de inflamación crónica se ha descrito una acumulación de células mieloides inmaduras con función inmunosupresora (MDSC). Aunque se ha descrito su papel en neoplasias, también se ha sugerido que el número de MDSC se relaciona con la fibrosis y la inflamación hepática.

La intervención dietética es el único tratamiento eficaz en la EHGNA. El aceite de oliva virgen extra (AOVE) parece tener un papel "protector", puesto que parece reducir la resistencia a la insulina y favorecer la regulación a la baja de los genes lipogénicos.

Objetivos

1. Evaluar el impacto de la DM suplementada con AOVE sobre los índices no invasivos en EHGNA, parámetros antropométricos y analíticos.
2. Evaluar la repercusión de ambas dietas en las poblaciones celulares linfocitarias T y MDSC determinadas en sangre periférica, implicadas en la historia natural de los procesos inflamatorios crónicos.

Material y métodos

Estudio aleatorizado controlado, en el que se incluyeron pacientes con EHGNA de la consulta de Hepatología del Hospital Virgen Macarena desde Abril a Septiembre 2021.

- Criterios de inclusión: diagnóstico de EHGNA por métodos no invasivos ($US \geq 2$, $FLI \geq 60$) con baja adherencia a la dieta mediterránea ($PREDIMED < 9$).
- Criterios de exclusión: hepatopatía crónica preexistente, consumo excesivo de alcohol, fármacos, enfermedad inflamatoria, Wilson, Celiaquía.

Se aleatorizaron a los pacientes en el grupo de estudio (DM+AOVE), que recibió una dieta mediterránea enriquecida con AOVE y en el grupo control (DM), que recibió dieta mediterránea. Se realizó seguimiento durante 6 meses, con analítica con determinación de poblaciones celulares, ecografía y elastografía al inicio y a los 6 meses.

Resultados

Se incluyeron 51 pacientes (DM: n=26, DM+AOVE: n=25).

La DM se relacionó con reducción del peso, IMC, transaminasas y ascenso del HDL con respecto a una DM enriquecida en AOVE (Figuras 1 y 2). En ambos grupos existió reducción de marcadores de esteatosis respecto al valor basal (Figura 3).

Ambas dietas produjeron aumento significativo de linfocitos T CD8, así como reducción de las MDSC totales, subpoblaciones de MDSC y linfocitos T reguladores, pero no hubo diferencia entre ambos grupos (Tabla 1).

Conclusiones

- El suplemento con AOVE no incrementa el beneficio de la DM sobre la esteatosis medida mediante parámetros no invasivos.
- En ambas dietas se evidenció una mejoría del estado inflamatorio medido por la disminución de las MDSC y de los linfocitos T reguladores.

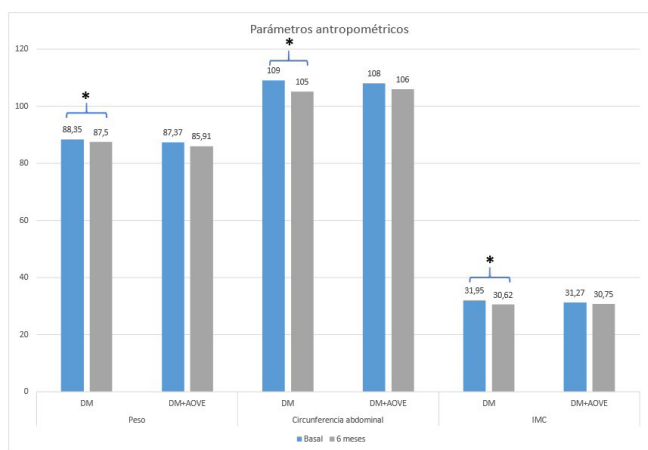


Figura 1

Efecto de la intervención sobre parámetros antropométricos.

	DM (n=26)			DM + AOVE (n=25)		
	Basal	Después de 6 meses	P	Basal	Después de 6 meses	P
Células T CD4+	1224 (945-1555)	928 (796-1264)	0.1870	1228 (1015-1482)	908 (696-1466)	0.0839
Células T CD8+	610 (398-723)	753 (581-911)	0.0275	493 (456-622)	738 (577-1105)	0.0003
CD4/CD8 ratio	2.26 (1.55-2.90)	1.43 (1.04-2.30)	0.0022	2.30 (1.85-3.15)	1.30 (0.92-2.00)	0.0002
M-MDSCs	36 (22-47)	13 (6-18)	0.0001	22 (13-35)	17 (9-22)	0.0007
G-MDSCs	12 (7-17)	5 (3-9)	0.0008	11 (7-14)	6 (3-8)	0.0020
MDSCs Total	54 (34-63)	18 (13-25)	<0.0001	35 (25-53)	22 (14-32)	0.0001
Tregs	59 (49-69)	45 (37-62)	0.0016	63 (51-72)	51 (36-62)	0.0105

Tabla 1

Efecto de la intervención sobre las poblaciones celulares.

SESIÓN IV

CO-16. EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. ABORDAJE MEDIANTE ECOENDOSCOPIA

Fernández Alvarez P¹, Romero Castro R¹, Tous Romero M², Conde Martin F³, Gutierrez Domingo A³, Jiménez García VA¹, Dominguez Adame E⁴, Cordero Ruiz P¹, Bellido Muñoz F¹, Rodríguez Téllez M¹, Caunedo Álvarez A¹, Carmona Soria I¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁴UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica tienen una elevada prevalencia de enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MASLD). La biopsia hepática (BH) percutánea está dificultada técnicamente y la precisión de los métodos no invasivos no ha sido validada correctamente en estos pacientes.

La ecoendoscopia permite en una sola sesión la toma de BH y determinación del gradiente de presión venosa hepática (GPVH).

Evaluar la prevalencia de MASLD e hipertensión portal en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, mediante BH y medición del GPVH dirigidas por ecoendoscopia. Analizar la seguridad y rendimiento

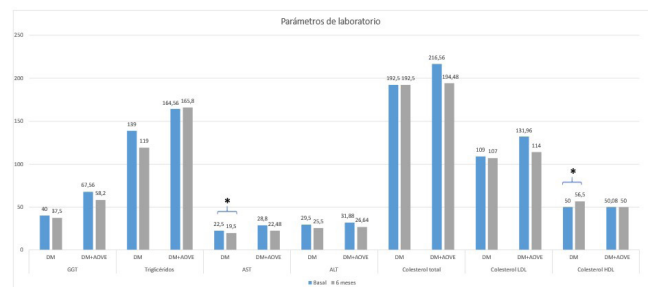


Figura 2

Efecto de la intervención sobre parámetros de laboratorio.

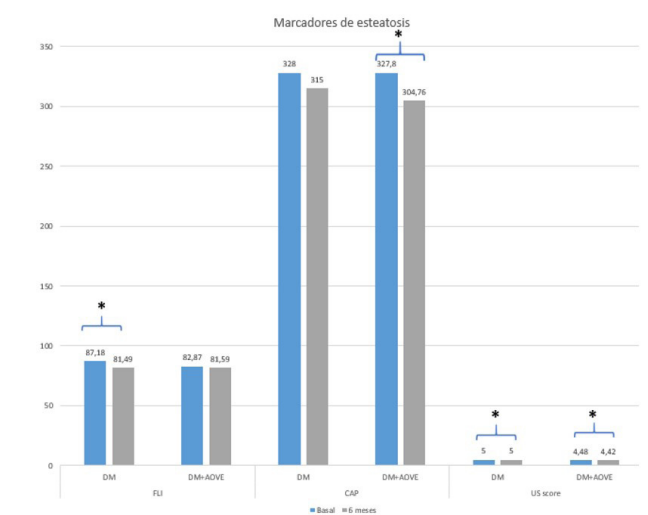


Figura 3

Efecto de la intervención sobre marcadores no invasivos de esteatosis.