

Figura 9. Tumor neuroendocrino bien diferenciado G1 y G2. ki76 <3%.

Conclusiones

El TNEG tipo I tiene un excelente pronóstico el tratamiento endoscópico con asa y/o pinza de lesiones <1 cm es seguro y efectivo. En pacientes con TNE gástricos múltiples la revisión endoscópica anual detecta nuevas lesiones o crecimiento de las existentes, así como transmite tranquilidad, no es necesario tomar conductas radicales. La realización de octreoescan o PET a todos los pacientes no es útil ya que la probabilidad de metástasis es muy baja. El seguimiento individualizado es crucial la falta de estandarización en este tipo de lesiones y la variabilidad en el manejo actual dificultan al digestivo la toma de decisiones.

SESIÓN III

CO-11. AIRIS-CROHN: RESULTADOS SOBRE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE RISANKIZUMAB A MEDIO PLAZO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Caballero Mateos A¹, Olmedo Martín RV², Moreno Barrueco M¹, Fernández Moreno N³, Martín Rodríguez MDM⁴, Silva Albarellos E⁵, Rodríguez González FJ⁶, Hernández Martínez Á⁷, Benítez JM⁸, Trapero Martínez AM⁹, Mata FJ¹⁰, García García J¹¹, Valdés Delgado T⁵

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ¹⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ. ¹¹GRUPO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

Existe una falta de evidencia sobre la efectividad y seguridad de Risankizumab en Enfermedad de Crohn en la práctica clínica. Este estudio observacional tiene como objetivo analizar la eficacia y seguridad de Risankizumab en pacientes con Crohn en Andalucía.

Material y métodos

Se recogieron de forma retrospectiva datos clínicos y bioquímicos de pacientes que iniciaron tratamiento con Risankizumab en 10 hospitales de Andalucía (registro Airis-Crohn). Se consideró remisión clínica una puntuación de Harvey-Bradshaw inferior a 5, Remisión clínico-bioquímica combinada: Harvey Bradshaw <5 y PCR <5 mg/L y Calprotectina <250 µg/g y Remisión libre de esteroides: Harvey Bradshaw <5 y 0 tandas de corticoides desde semana 12. Se realizó un análisis por intención de tratar.

Resultados

Se incluyeron 120 pacientes, con una edad media de 41 años (19-84), de los que el 50.8% eran hombres, y con una afectación ileocolónica del 46.7%, ileal 45.8% y 8.3% de colon, con un 8.3% de afectación alta. El 22% eran fumadores y el 27% exfumadores. El 31% presentaba manifestaciones extraintestinales. La duración media de la enfermedad fue de 15 años (0-55) y el 40.7% habían necesitado de una cirugía resectiva previa. La media de tratamientos avanzados previos fracasados fue de 3. Al inicio del tratamiento, el 9% mantuvieron tratamiento con 5-ASA, el 5% inmunomoduladores y el 32% estaban tomando corticoides. La inducción duró 12 semanas en todos los pacientes. A los 6 meses el 79.4% se mantuvieron con 360 mg cada 8 semanas, el 14.7% requirió intensificación cada 6 semanas y el 5.9% cada 4 semanas (**Tablas 1 y 2**).

Los datos de efectividad clínica y bioquímica se muestran en la **tabla 3**. Los pacientes que habían completado la semana 12 de tratamiento (92) alcanzaron la RC 55.8% y RCB 14.7%, a los 6 meses (36) alcanzaron la RC el 39.2%, la RCB el 13.7% y una RSE el 35.3%.

En el momento del estudio, 15 pacientes habían suspendido el tratamiento antes del sexto mes (12.5%), principalmente por fallo primario (60%). Tres pacientes presentaron reacciones cutáneas que obligaron a la suspensión del tratamiento, uno por reacción de hipersensibilidad y otro por hepatotoxicidad. Se reportaron dos efectos adversos leves transitorios: hipertransaminasemia y una reacción cutánea que se resolvieron sin necesidad de suspensión del tratamiento.

| Datos epidemiológicos | | Pacientes que inician tratamiento con Risankizumab (n=120) |
|---|--------------------|--|
| Sexo, Hombres (%) | | 50.8 |
| | Edad, años (media) | 49 (19-84) |
| Localización (%) | Colon | 8.3 |
| | Íleon | 45.8 |
| | Ileocolónica | 46.7 |
| Afectación alta (%) | | 5.9 |
| Cirugía resectiva previa (%) | | 40.7 |
| Hábito tabáquico (%) | No fumador | 51 |
| | Exfumador | 27 |
| | Fumador activo | 22 |
| Manifestaciones extraintestinales, (%) | Articulares | 23 |
| | Dermatológicas | 6 |
| | Oftalmológicas | 2 |
| Duración de la enfermedad, años (media) | | 15(0-55) |

Tabla 1. Características demográficas.

| | | |
|--|------------|------|
| Nº tratamientos avanzados previos (media) | 3 | |
| Infliximab (%) | 64 | |
| Adalimumab (%) | 70 | |
| Vedolizumab (%) | 26 | |
| Ustekinumab (%) | 82 | |
| Certolizumab (%) | 2 | |
| Upadacitinib (%) | 9 | |
| Corticoides concomitante (%) | 32 | |
| Inmunomodulador concomitante (%) | 5 | |
| 5-ASA concomitante (%) | 9 | |
| Duración de la inducción (%) | | |
| | 12 semanas | 100 |
| Intensificación: Frecuencia de administración a los 6 meses (%) | | |
| | 8 semanas | 79.4 |
| | 6 semanas | 14.7 |
| | 4 semanas | 5.9 |

Tabla 2. Datos sobre tratamientos.

| Tiempo | Basal (n=120) | 12 semanas (n=92) | 6 meses (n=36) |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| Índice de Harvey-Bradshaw (media) | 7.75 | 4.95 (p<0.001) | 5.11 (p<0.001) |
| PCR mg/L (media) | 12.48 | 7.35 (p<0.001) | 7.55 (p<0.001) |
| Calprotectina µg/g (media) | 1750 | 1163 (p<0.001) | 1200 (p<0.001) |
| Remisión clínica | 22.5% | 55.8% (p<0.001) | 39.2% (p<0.02) |
| Remisión Clínico-bioquímica | 3/120 3.3% | 14.7% (p<0.001) | 13.7% (p<0.05) |
| Remisión sin Esteroides | - | - | 35.3% |
| Suspensión de tratamiento | - | 10/120 8.3% | 15/120 12.5% |

Tabla 3. Resultados clínicos y bioquímicos.

CO-12. DESARROLLO Y ENTRENAMIENTO DE UNA RED NEURONAL CONVOLUCIONAL PARA LA DETECCIÓN DE ESOFAGITIS, EVALUADO CON IMÁGENES DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA.

Diego Martínez R, Cano De La Cruz JD, Sánchez Sánchez MI, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

El objetivo del proyecto es programar y elaborar una red neuronal, entrenarla con imágenes endoscópicas etiquetadas por endoscopistas ("línea Z normal" y "esofagitis") y posteriormente evaluar su capacidad de predicción con imágenes no vistas por el modelo previamente.

Material y métodos

Para el proyecto, utilizamos Python con las librerías de inteligencia artificial Keras y TensorFlow, ejecutado en Google Colab Pro acelerado con la GPU Nvidia A100. El modelo se basó en la red neuronal convolucional InceptionResNetV2, diseñada por Google y preentrenada con la base de datos de imágenes públicas ImageNet. Eliminamos las capas de salida originales de la red y añadimos tres capas neuronales específicas para la clasificación binaria (esofagitis vs línea Z normal) (Figura 1).

Para entrenar el modelo, empleamos el conjunto de imágenes endoscópicas de acceso público KVASIR (creado por Simula Research Laboratory en colaboración con diversos hospitales de Noruega), con 2000 imágenes de línea Z normal y esofagitis, separando el 80% para el entreno y el 20% para la validación.

En la validación también utilizamos el conjunto de imágenes HyperKVASIR (También con autoría de Simula Research Laboratory en colaboración con diversos hospitales de Noruega), con 1164 imágenes de línea Z y esofagitis, excluyendo las más leves (incluye grados B, C y D de Los Ángeles).

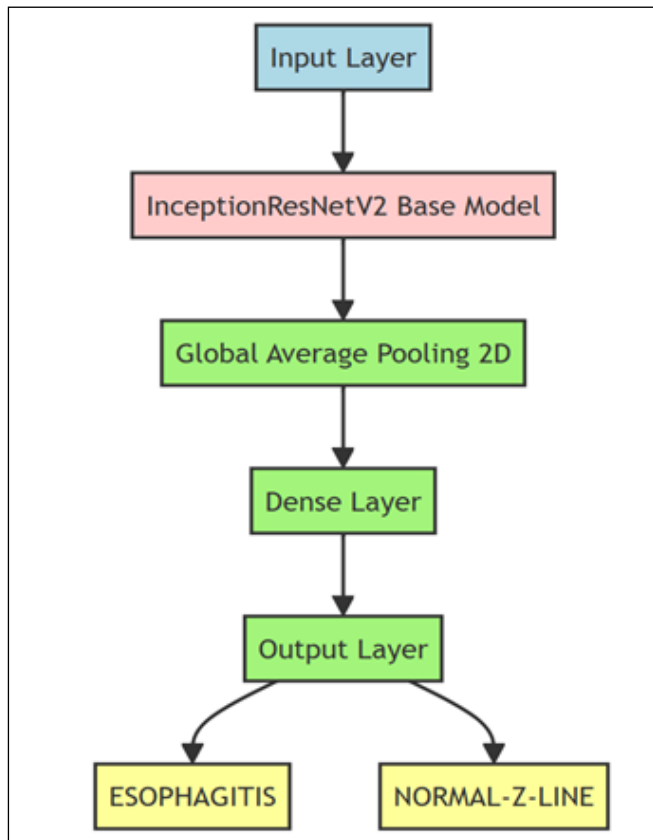


Figura 1. Esquema del modelo creado, en verde las capas añadidas al modelo base InceptionResNetV2 (en rojo).

Además, creamos un tercer conjunto de imágenes del Hospital Regional Universitario de Málaga, con 203 imágenes de esofagitis con diferentes grados de severidad.

Resultados

Observamos 5 ejemplos de predicción individual de imágenes (con el porcentaje de confianza) que realiza nuestro modelo entrenado (Figura 2).

En la validación por conjuntos observamos la curva ROC del conjunto de imágenes KVASIR (el 20% reservado para la validación) y del conjunto de datos HyperKVASIR que al no incluir esofagitis Grado A el modelo es más eficaz en el diagnóstico. (AUC 0,884 y 0,970 respectivamente) (Figura 3).

Al evaluar el modelo con las imágenes del Hospital Regional de Málaga observamos un 83,6% de aciertos y

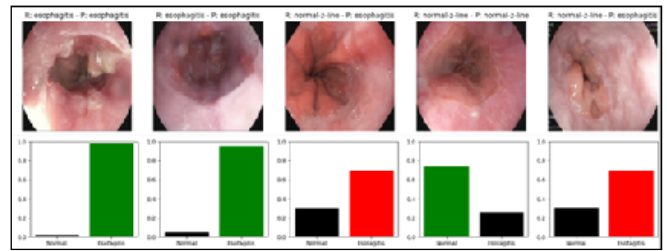


Figura 2. Representación de las predicciones individuales que realiza nuestro modelo. Arriba de cada imagen se muestra la etiqueta real (R) y la etiqueta predicha (P) y abajo un gráfico de barras con el porcentaje de confianza que asigna a cada clase. En rojo los aciertos y verde los errores.

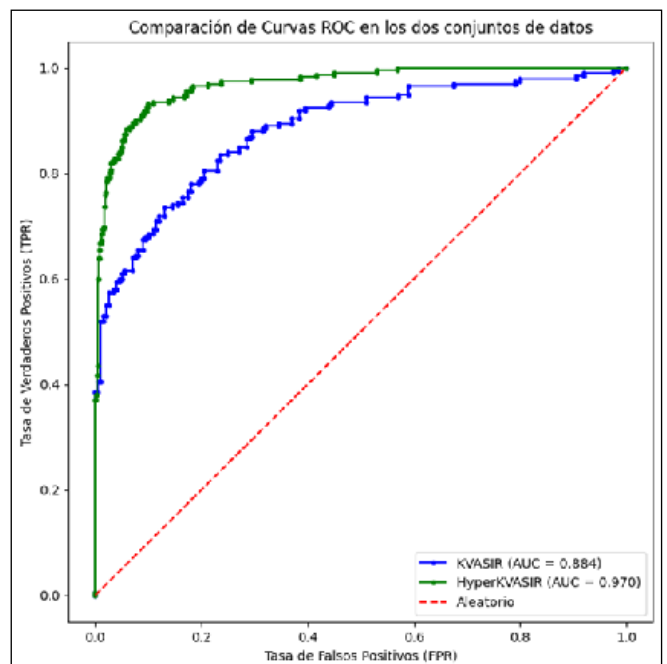


Figura 3. Representación de las curvas ROC en la validación con el KVASIR (que incluye esofagitis de todos los grados de severidad) e HyperKVASIR que solo incluye Grados B, C y D descartando los casos más leves (los grado A) en el que se observa una mejor curva en este último conjunto.

vemos que es más eficaz detectando esofagitis con mayor grado de severidad. En comparación con las imágenes con menor severidad (Figuras 4 y 5).

Conclusiones

Aunque la utilidad del objetivo de este modelo es poco aplicable a la práctica clínica, este estudio pone en evidencia el potencial de estas técnicas en la endoscopia y la importancia de colaboración entre hospitales para crear bases de datos multicéntricas y entrenar modelos con un mayor número de imágenes y datos para poder aplicar futuros modelos en contextos clínicos más interesantes.

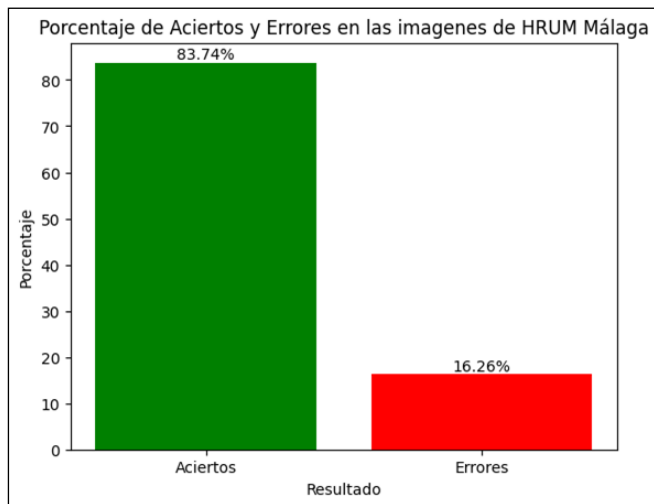


Figura 4. Porcentaje de aciertos del modelo sobre el conjunto de imágenes del Hospital Regional Universitario de Málaga.

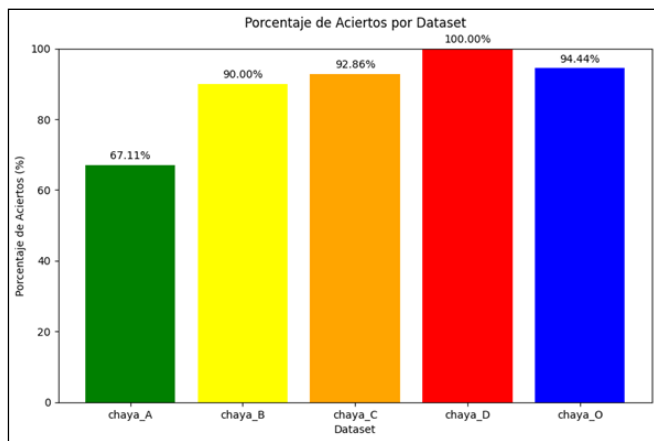


Figura 5. Porcentaje de aciertos en las imágenes de HRUM desglosados por el grado de severidad de la clasificación de los ángeles (Grado A, B, C y D) la categoría O (Otros) incluye todas las imágenes en las que el endoscopista no especificó el grado.

CO-13. MEJORA DEL DIAGNÓSTICO DE LA HEPATITIS DELTA EN EL SUR DE ESPAÑA: EFICACIA Y RENTABILIDAD DE LAS PRUEBAS DOBLE REFLEJO

Casado Martin M¹, Lozano MDC², López Garrido MA³, Sampedro A⁴, González Grande R⁵, Palop B⁶, Macías M⁷, Montiel N⁸, Castillo Molina L⁹, Roldán C¹⁰, Sendra Fernández C¹¹, De La Iglesia A¹², Jimeno Maté C¹³, Domínguez MDC¹⁴, Fernández-Sánchez F¹⁵, Domínguez Hernández R¹⁶, Rosales Zabal JM¹⁷, Giráldez A¹⁸, Ramírez-Arellano E¹⁹, Cordero P²⁰, Camelo Castillo A²¹, Cabezas Fernández T²², Barrera Baena P²³, Pérez AB²⁴, Pinazo Bandera JM²⁵, García-Barrionuevo A²⁶, Alados JC²⁷, Aguilar JC²⁸, Santamaría Rodríguez G²⁹, Freyre C³⁰, Molina Villalba C³¹, Salas Coronas J³², Luzón P³³, Ruiz Escolano E³⁴, Del Pino P³⁵, Franco-Alvarez De Luna F³⁶, García García F³⁷

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ⁴SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA. ⁶SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. ⁸SERVICIO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ¹⁰SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ¹¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA. ¹²SERVICIO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA. ¹³SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ¹⁴SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ¹⁵SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ¹⁶CONSULTA INVESTIGACIÓN PHARMACOECONOMICS & OUTCOMES RESEARCH IBERIA (PORIB). POZUELO DE ALARCÓN, MADRID. ¹⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ¹⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ¹⁹SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²¹UNIDAD D'INVESTIGACIONS COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²²SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²³SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ²⁴SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ²⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ²⁶SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ²⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ. ²⁸SERVICIO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ. ²⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ. ³⁰SERVICIO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ. ³¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, EL, ALMERÍA. ³²SERVICIO MEDICINA INTERNA COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, EL, ALMERÍA. ³³SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, EL, ALMERÍA. ³⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ³⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ³⁶SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ³⁷SERVICIO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

Nuestro estudio se centra en evaluar la prevalencia de la hepatitis Delta no diagnosticada en el sur de España (Andalucía) y evaluar la viabilidad y rentabilidad de las pruebas reflejas para la hepatitis Delta.

Material y métodos

Realizamos un estudio multicéntrico ambispectivo (tanto retrospectivo como prospectivo) en 17 hospitales de Andalucía. Durante la fase retrospectiva (enero 2018 a junio 2022), analizamos el proceso diagnóstico de la hepatitis Delta, centrándonos en los pacientes positivos para AgHBs. Se identificaron aquellos a los que se les realizó la prueba de anticuerpos anti-delta y aquellos a los que se les realizó la prueba de ARN del VHD, extrayendo los datos de los Sistemas de Información de Laboratorio (SIL) de los centros participantes. De octubre de 2022 a marzo de 2023, todos los centros comenzaron la fase prospectiva, implementando pruebas reflejas para la hepatitis delta (pruebas anti-VHD en todos los pacientes AgHBs-positivos que no habían sido previamente analizados). Se evaluó el coste-efectividad de la implementación de las pruebas reflejas en la población de la fase prospectiva frente a la no implementación, considerando únicamente los costes sanitarios directos (cribado y diagnóstico), excluyendo los costes de tratamiento.

Resultados

En la fase retrospectiva se analizaron 18.583 pacientes AgHBs-positivos. De ellos, 3.436 (18%) se sometieron a pruebas anti-VHD, y 205 (6%) resultaron positivos. Se realizaron pruebas de ARN del VHD en 158 pacientes, identificándose 69 (1,9%) como ARN del VHD positivos. En la fase prospectiva, de los 3.370 pacientes con AgHBs positivo, 986 se habían sometido previamente a pruebas anti-VHD. De los 2.384 restantes, 2.293 (96%) se sometieron a pruebas anti-VHD, y 109 (4,7%) resultaron positivos. El ARN del VHD se analizó en 97 de estos 109 pacientes (89%), con lo que 30 pacientes (1,3% de todos los AgHBs positivos, 31,6% del ARN del VHD analizado) fueron identificados como ARN del VHD positivos. En el análisis coste-efectividad, se observó un ahorro de costes de 132 euros por paciente con AgHBs positivo cribado de anti-VHD y de 6.246 euros por paciente diagnosticado con carga viral positiva de VHD.

Conclusiones

Nuestro análisis retrospectivo revela un infradiagnóstico del VHD en el sur de España, con solo una quinta parte de los pacientes con AgHBs positivo cribados para anti-VHD desde 2018 hasta principios de 2022. La implementación de pruebas doble reflejo de VHD ha demostrado ser factible y aumenta significativamente la detección de la infección crónica por VHD. Este enfoque es crucial para identificar a los pacientes con hepatitis Delta "perdidos". Además,

nuestros hallazgos sugieren que la prueba refleja del VHD en pacientes AgHBs-positivos es una estrategia eficiente.

CO-14. ANÁLISIS DEL RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO Y RESULTADOS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA (HDANV)

Fernández García R, López Vico M, Lancho Muñoz A, Tendero Peinado C, Redondo Cerezo E, Jiménez Rosales R

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

Introducción

La HDANV es una de las patologías más frecuentes del tracto digestivo, con una incidencia de 155 casos/100.000habs/año. Dentro de sus factores de riesgo se encuentra el alcohol, que aumenta su incidencia, siendo un factor de riesgo para la producción de úlcera péptica o esofagitis. Sin embargo, el impacto de este en la necesidad de tratamiento y los resultados clínicos es desconocido en pacientes sin enfermedad hepática.

Por ello el objetivo de nuestro estudio es analizar el impacto del consumo de alcohol en los resultados de la HDANV.

Material y métodos

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, en el que se incluyeron aquellos pacientes con HDANV entre 2013 y 2022. El abuso de alcohol se definió como un consumo >20g/día. Se incluyeron un total de 892 pacientes. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS.

Resultados

El grupo 2, aquellos pacientes que consumían alcohol tenían una mayor proporción de varones (95,6% vs. 64,1%, $p<0,001$) y una edad media menor (56 vs 66 años, $p<0,001$). Los pacientes sin consumo de alcohol de riesgo tenían una mayor comorbilidad basal, como se resume en las **tablas 1 y 2**.

En cuanto a los resultados de la HDANV, la necesidad de tratamiento endoscópico fue mayor en los pacientes que consumían alcohol frente aquellos que no (38% vs 47,4%, $p=0,039$). No se encontraron diferencias respecto a la mortalidad aguda. La mortalidad a los 6 meses fue mayor en el grupo 1 (8,8% vs 3,2%, $p=0,031$).

El análisis multivariante para la necesidad de tratamiento endoscópico y la mortalidad diferida (**Tablas 3 y 4**), encontró como factores de riesgo un mayor ASA y MAPASH>2 y el consumo de alcohol y MAPASH>2, respectivamente.

| | NO ALCOHOL | ALCOHOL | P |
|----------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| EDAD | 66,81 (17,35) | 57 (12,47) | <0,001 |
| SEXO | Varón 508 (61,2%) | Varón 129 (95,6%) | <0,001 |
| EPOC | 84 (10,1%) | 13 (9,6%) | 0,860 |
| ERC | 138 (16,6%) | 6 (4,4%) | <0,001 |
| INSUF CARDIACA | 100 (12%) | 6 (4,4%) | 0,009 |
| HTA | 408 (49,2%) | 52 (38,5%) | 0,064 |
| DM | 198 (23,9%) | 19 (14%) | 0,012 |
| TABAQUISMO | 113 (13,6%) | 68 (50,4%) | <0,001 |
| ASA 3-4 | 466 (56,6%) | 61 (46,2%) | 0,027 |
| MAPASH >2 | 368 (54,5%) | 49 (43,8%) | 0,036 |
| AINES | 196 (23,8%) | 40 (29,6%) | 0,148 |
| IBP | 295 (39,2%) | 28 (23,7%) | 0,001 |
| ANTIAGREGANTES | 196 (23,6%) | 16 (11,9%) | 0,002 |
| ANTICOAGULANTES | 209 (25,2%) | 12 (8,9%) | <0,001 |
| ÚLCERA DUODENAL | 237 (31,8%) | 55 (41%) | 0,036 |
| ÚLCERA ESOFÁGICA | 21 (2,8%) | 9 (6,7%) | 0,023 |
| ÚLCERA GÁSTRICA | 161 (21,6%) | 36 (26,7%) | 0,192 |
| ESOFAGITIS | 87 (11,7%) | 27 (20%) | 0,008 |
| TIEMPO HASTA LA ENDOSCOPIA | | | |
| <6 | 78 (11,9%) | 10 (8,8%) | |
| 6-12H | 278 (42,6%) | 47 (41,2%) | 0,593 |
| 12-24H | 203 (31,1%) | 44 (38,6%) | |
| >24H | 90 (13,8%) | 13 (11,4%) | |

Tabla 1. Es esta tabla comparamos las características basales entre ambos grupos.

| VARIABLE | NO ALCOHOL | ALCOHOL | P |
|-----------------------------|--------------|--------------|-------|
| SANGRADO ACTIVO | 230 (27,7%) | 46 (34,1%) | 0,129 |
| NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN | 494 (59,6%) | 61 (45,2%) | 0,002 |
| NECESIDAD DE INTERVENCIÓN | | | |
| TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO | 287 (38%) | 64 (47,4%) | 0,039 |
| N CH | 2,76 +/- 5,4 | 2,24 +/- 3,8 | 0,278 |
| MORTALIDAD AGUDA | 62 (7,8%) | 6 (4,6%) | 0,196 |
| MORTALIDAD 6M | 69 (8,8%) | 4 (3,2%) | 0,031 |
| EVENTOS CARDIOVASCULARES 6M | 65 (8,2%) | 3 (2,3%) | 0,019 |
| RESANGRADO | 71 (8,6%) | 15 (11%) | 0,340 |
| RESANGRADO 6M | 85 (10,9%) | 7 (5,8%) | 0,085 |

Tabla 2. Comparación de las principales variables resultado.

| Variable | OR | IC | p |
|--------------------|-------|-------------|-------|
| Edad | 1,005 | 0,994-1,016 | 0,355 |
| Sexo | 0,99 | 0,701-1,422 | 0,993 |
| ERC | 1,198 | 0,754-1,906 | 0,444 |
| Insuf Cardíaca | 1,540 | 0,910-2,608 | 0,108 |
| Tabaquismo | 1,191 | 0,775-1,831 | 0,424 |
| DM2 | 0,927 | 0,622-1,381 | 0,708 |
| IBP | 1,376 | 0,974-1,919 | 0,071 |
| Antiagregantes | 0,687 | 0,447-1,055 | 0,086 |
| Anticoagulantes | 0,730 | 0,469-1,136 | 0,163 |
| MAPASH >2 | 1,875 | 1,278-2,751 | 0,001 |
| ASA 3-4 | 0,684 | 0,442-1,060 | 0,089 |
| Consumo de alcohol | 1,849 | 1,130-3,026 | 0,014 |

Tabla 3. Análisis multivariante para la necesidad de tratamiento endoscópico.

| Variable | OR | IC | p |
|--------------------|------|------------|-------|
| Edad | 1,02 | 0,99-1,04 | 0,063 |
| Sexo | 0,87 | 0,47-1,62 | 0,674 |
| ERC | 0,76 | 0,37-1,55 | 0,454 |
| Insuf Cardíaca | 0,74 | 0,34-1,62 | 0,46 |
| Tabaquismo | 1,16 | 0,47-2,84 | 0,73 |
| DM2 | 1,12 | 0,59-2,11 | 0,719 |
| IBP | 1,15 | 0,69-1,89 | 0,584 |
| Antiagregantes | 0,75 | 0,37-1,52 | 0,438 |
| Anticoagulantes | 0,68 | 0,34-1,34 | 0,266 |
| MAPASH >2 | 2,39 | 1,1-5,2 | 0,027 |
| ASA 3-4 | 5,99 | 2,06-17,36 | 0,001 |
| Consumo de alcohol | 0,54 | 0,16-1,77 | 0,313 |

Tabla 4. Análisis multivariante para la mortalidad diferida.

Conclusiones

El consumo de alcohol podría aumentar la necesidad de tratamiento endoscópico en pacientes con HDANV. Sin embargo, la mortalidad viene determinada por la comorbilidad y la gravedad de la HDANV.

CO-15. IMPACTO DE UPADACITINIB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN A MEDIO PLAZO: RESULTADOS DEL REGISTRO UPITA-CROHN EN PRÁCTICA CLÍNICA.

Caballero Mateos A¹, Hernández Martínez Á², Navarro Moreno E², Martín Rodríguez MDM³, Rodríguez González FJ⁴, González Parra AC⁵, Agulleiro Beraza I⁶, Saldaña L⁷, Gómez Delgado E⁸, Trapero Martínez AM⁹, Benítez JM¹⁰, García García J¹¹, Olmedo Martín RV¹²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ¹⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ¹¹SERVICIO MICROBIOLOGÍA HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ¹²SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

Aún se carece de evidencia suficiente sobre la eficacia y seguridad del Upadacitinib en vida real, un inhibidor JAK oral recientemente aprobado para la enfermedad de Crohn moderada-grave. Este estudio busca evaluar la efectividad del Upadacitinib en este contexto.

Material y métodos

Se recopilaron datos clínicos y bioquímicos de manera retrospectiva de 107 pacientes que iniciaron tratamiento con Upadacitinib en 10 hospitales de Andalucía. Se consideró remisión clínica (RC) una puntuación de Harvey-Bradshaw inferior a 5, Remisión clínica y bioquímica compuesta (RCB)= Harvey Bradshaw <5, PCR <5 mg/L y Calprotectina <250 µg/g y Remisión sin esteroides (RSE)= Harvey Bradshaw <5 y 0 tandas de corticoides desde semana 12. Se evaluaron éstas y otras variables en semana 12 y a los 6 meses. Se realizó un análisis por intención de tratar.

Resultados

La edad media de los 107 pacientes reclutados fue de 41 años (18-76), 59% mujeres, y con una afectación ileocólica del 52%, ileal 33% y 15% de colon. El 25% eran fumadores y el 15% exfumadores. El 45% presentaba manifestaciones extraintestinales. La duración media de la enfermedad fue de 13 años (1-40) y el 35% habían necesitado de una cirugía resectiva previa. La media de tratamientos avanzados previos fracasados fue de 3. Al inicio del tratamiento, el 11% mantuvieron tratamiento con 5-ASA, el 10% inmunomoduladores y el 33.6% estaban tomando corticoides. La inducción con 45mg durante 8 semanas se realizó en el 12.2% de los pacientes, 12 semanas en el 75.5% y 16 semanas en el 12.2% (Tablas 1 y 2).

| Datos epidemiológicos | | Pacientes que inician tratamiento con Upadacitinib (n=107) |
|---|--------------------|--|
| | Sexo, Hombres (%) | 41 |
| | Edad, años (media) | 41 (18-76) |
| Localización (%) | Colon | 15 |
| | Íleon | 33 |
| | Ileocolónica | 52 |
| Afectación alta (%) | | 1 |
| Cirugía resectiva previa (%) | | 35 |
| Hábito tabáquico (%) | No fumador | 59 |
| | Exfumador | 15 |
| | Fumador activo | 25 |
| Manifestaciones extraintestinales, (%) | Articulares | 30 |
| | Dermatológicas | 10 |
| | Oftalmológicas | 5 |
| Duración de la enfermedad, años (media) | | 13 (1-40) |

Tabla 1. Características demográficas.

| | | |
|---|------------|------|
| Nº tratamientos avanzados previos (media) | 3 | |
| Infliximab (%) | 67.6 | |
| Adalimumab (%) | 74.3 | |
| Golimumab (%) | 3.8 | |
| Vedolizumab (%) | 21 | |
| Ustekinumab (%) | 68.6 | |
| Risankizumab (%) | 3.8 | |
| Corticoides concomitantes al inicio del tratamiento (%) | 33.6 | |
| Inmunomoduladores concomitantes al inicio del tratamiento (%) | 10.3 | |
| 5-ASA concomitante (%) | 11.2 | |
| Duración de la inducción (%) | 8 semanas | 12.2 |
| | 12 semanas | 75.5 |
| | 16 semanas | 12.2 |

Tabla 2. Datos sobre tratamientos.

Los datos de eficacia clínica y bioquímica se muestran en la tabla 3. Los pacientes que habían completado la semana 12 de tratamiento (84) alcanzaron la RC 54.6% y RCB 18.5%, a los 6 meses (43) alcanzaron RC 47.4%, RCB 22%, con una RSE del 42.3%.

En el momento del estudio, 16 pacientes habían suspendido el tratamiento antes del sexto mes (14.9%), principalmente por fallo primario (68%), uno de ellos falleció por complicación de la propia enfermedad. La aparición de una trombosis poplíteas, un embarazo, fiebre y una infección respiratoria fueron causas de suspensión de 4 pacientes. Se reportaron varios efectos adversos leves transitorios (5% de todos los pacientes): 2 casos de acné, 2 de hipertransaminasemia y 2 infecciones.

| Tiempo | Basal (n=107) | 12 semanas (n=84) | 6 meses (n=43) |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|----------------|
| Índice de Harvey-Bradshaw (media) | 8.22 | 4.85 (p<0.001) | 4.63 (p<0.01) |
| PCR mg/L (media) | 19.15 | 8.52 (p<0.001) | 8.22 (p<0.001) |
| Calprotectina µg/g (media) | 1485 | 1042 (p<0.001) | 1074 (p<0.001) |
| Remisión clínica | 21.4% | 54.6% (p<0.001) | 47.4% (p<0.02) |
| Remisión Clínico-bioquímica | 4.6% | 18.5% (p<0.001) | 22% (p<0.02) |
| Remisión sin Esteroides | - | - | 42.3% (p<0.02) |
| Suspensión de tratamiento | - | 13/107 (12.1%) | 16/107 (14.9%) |

Tabla 3. Resultados clínicos y bioquímicos.

Conclusiones

Upadacitinib es un tratamiento favorable, efectivo y seguro a corto y medio plazo en un grupo de pacientes con enfermedad de Crohn multirrefractaria.

SESIÓN IV

CO-16. IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN DE RECOMENDACIONES DE VIGILANCIA POST-POLIPECTOMÍA EN EL PROGRAMA ANDALUZ DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

García Ortiz JM¹, Sendra Fernández C², Pérez Palacios D¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA. ²UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Evaluar el posible impacto de la actualización de las recomendaciones de vigilancia endoscópica post-polipectomía del programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR) en nuestra comunidad, utilizando como referencia la guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) de 2020.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes sometidos a colonoscopia en el ámbito del programa de cribado de CCR en un hospital de primer nivel entre Octubre de 2019 y Junio de 2023. Se compara el seguimiento recomendado en el documento de Actualización de Cribado de CCR en Andalucía (2018), vigente en la actualidad, con el indicado por la guía ESGE de 2020.

Resultados

Tras excluir los casos de CCR (23) se incluyeron 594 pacientes a los que se realizó colonoscopia completa y con buena preparación.

Siguiendo las indicaciones del programa, el 40,9% (243) de los pacientes fueron asignados a vigilancia endoscópica. Al simular la aplicación de la guía europea, este porcentaje se redujo al 32,2% (191).

El 21,4% (52) de los pacientes asignados a vigilancia actualmente dejaron de precisarla, y el 35,8% (87) ampliaron de 1 año a 3 el intervalo hasta la primera colonoscopia de control. El 6,6% (16) redujeron este intervalo de 1 año a 3-6 meses. Sólo en el 36,2% (88) no varió la estrategia de vigilancia recomendada.

| Características basales | Muestra total (n = 594) |
|---|-------------------------|
| Sexo (% varones, n) | 56,1% (333) |
| Edad (media en años ± DS) | 58,6 ± 7,2 |
| Índice de Boston (media ± DS) | 8,35 ± 1,04 |
| Tasas de detección de lesiones | |
| Pólipos (% n) | 71,4% (424) |
| Adenomas (% n) | 63,1% (375) |
| Lesiones serradas proximales (% n) | 14,5% (86) |
| Índice de lesiones por colonoscopia | |
| Pólipos (media ± DS) | 2,30 ± 3,10 |
| Adenomas (media ± DS) | 1,86 ± 2,83 |
| Lesiones serradas proximales (media ± DS) | 0,25 ± 0,90 |

Tabla 1. Características basales de la población y principales índices y tasas de detección de lesiones colónicas.

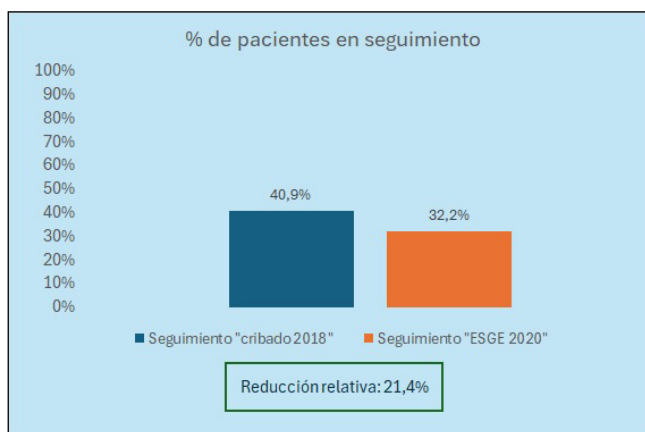


Figura 1. Comparativa del % de seguimiento endoscópico.

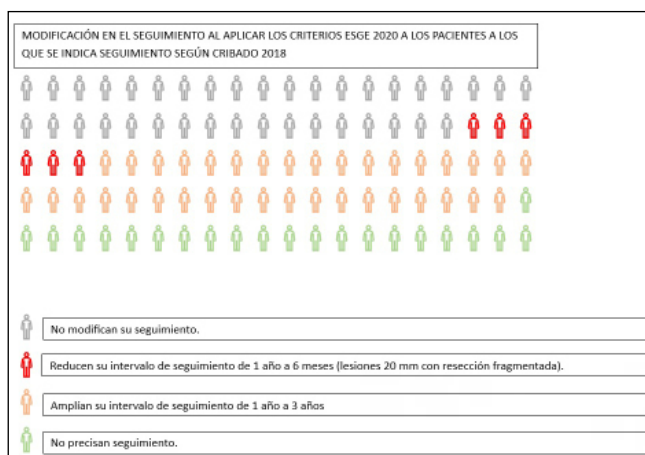


Figura 2. Cambios en los pacientes a los que se recomienda vigilancia actualmente.