

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.

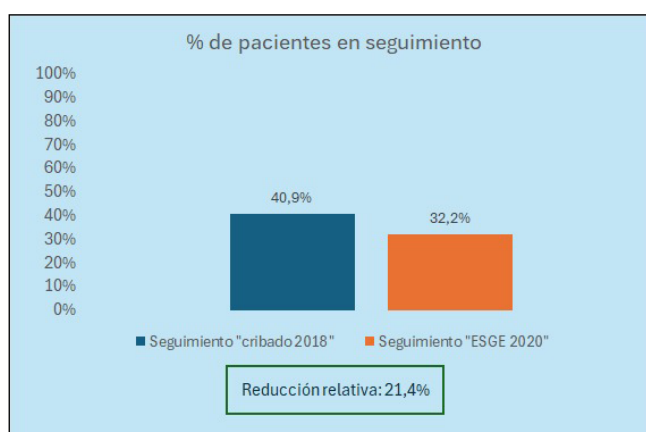


Figura 1. Comparativa del % de seguimiento endoscópico.

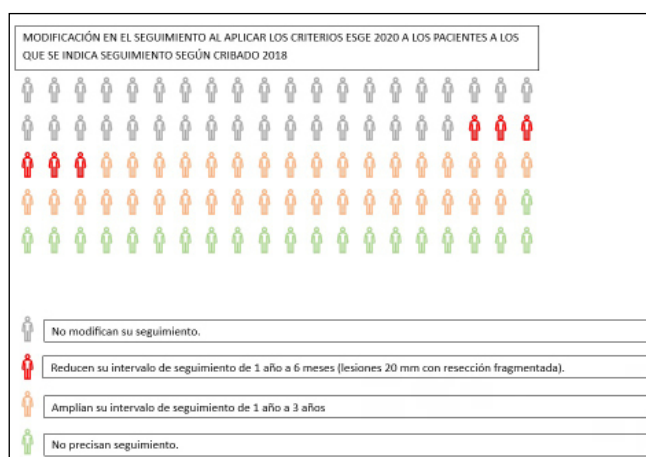


Figura 2. Cambios en los pacientes a los que se recomienda vigilancia actualmente.

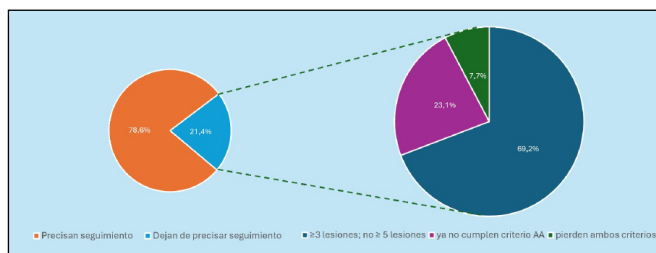


Figura 3. Causas de no seguir recomendándose vigilancia.

El cambio de criterio de ≥ 3 a ≥ 5 lesiones es responsable del 69,2% de los casos en los que dejaría de recomendarse colonoscopia de control. El 23,1% se debe al abandono de la histología vellosa como criterio de adenoma avanzado, y en un 7,7% de los casos ambos criterios dejarían de cumplirse.

Conclusiones

La actualización de las recomendaciones en el programa de cribado poblacional de CCR en nuestro medio, basándose en la guía ESGE de 2020, podría permitir reducir o evitar la vigilancia endoscópica en más de la mitad de los pacientes.

CO-17. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA TRAS LIGADURA ENDOSCÓPICA DE VARICES ESOFÁGICAS: INCIDENCIA Y ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA HEMORRAGIA.

Orti Cuerva M, Ojuel Martínez JM, Muñoz Almagro E, Carrillo Cubero B, González Galilea A, Hervás Molina AJ, Jurado García J

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Evaluar la incidencia de hemorragia digestiva alta en los primeros 30 días tras ligadura endoscópica de varices con bandas elásticas (HDA post-LEB) y analizar factores de riesgo relacionados con la misma.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de una cohorte de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática tratados mediante LEB entre marzo de 2014 y enero de 2024 en el Hospital Reina Sofía (Córdoba). Se han recogido variables demográficas (edad y sexo), clínicas (etiología de la cirrosis, estadio funcional, tratamiento con antitrombóticos, anticoagulantes y beta-bloqueantes, presencia de trombosis portal, esplénica o mesentérica, diagnóstico de hepatocarcinoma (CHC), transfusión de hematíes o plasma previo al procedimiento) analíticas (plaquetas, bilirrubina, creatinina, INR) y endoscópicas (carácter de la LBE -urgente o programada-, tipo de varices, número de bandas y método hemostático utilizado en la hemorragia).

Resultados

El estudio incluye 305 sesiones de LEB (204 urgentes -66,9%- y 101 -33,1%- programadas) realizadas en 168 pacientes. La edad media fue de 61,7 años (rango 31-89) con predominio de género masculino (78,6%, n=132). El estadio funcional más frecuente previo al procedimiento fue el CPT B (48,9%) seguido del CPT A (40,3%) y la media de la puntuación MELD fue de 12,7 puntos (6-40). El 17,3% (n=29) presentaban CHC y 12 de ellos estaban tratados con sorafenib. La trombosis portal, esplénica o mesentérica se identificó en 52 pacientes (31%). El 45,9% de los pacientes presentaba ascitis en el momento de la LEB y el 19,7% insuficiencia renal. Previo al procedimiento, el 24,9% de los pacientes estaban con tratamiento antiagregante o anticoagulante y un 34,1% no tenían terapia con beta-bloqueantes. Tras la LEB se contabilizaron 14 episodios de HDA post-LBE (4,6%) que aparecieron a los 8,1 días (2-19) tras el procedimiento y que se trataron principalmente con nueva sesión de LEB (21,1%), esclerosis (15,8%) o polvo hemostático (15,8%). Seis pacientes (42,9%) fallecieron como consecuencia inmediata de la hemorragia. En nuestra serie sólo el género masculino (10,1% vs 0%; p=0,0001) se asoció a un aumento del riesgo de HDA post-LEB no existiendo diferencias estadísticamente significativas en la función hepática, la presencia de CHC, la trombosis portal ni el momento de la LEB (urgente o programado).

Conclusiones

La HDA post-LBE es una complicación infrecuente pero con elevado riesgo de mortalidad. Aunque los resultados de nuestro estudio no nos permiten llegar a conclusiones firmes sobre los factores de riesgo asociados a esta condición, sí proporcionan una base sólida para futuras investigaciones en este campo.

CO-18. POEM: EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LOS PRIMEROS 50 CASOS REALIZADOS EN NUESTRO CENTRO.

García Fernández FJ, Martín Guerrero JM, Caetano Barrera I, Guil Soto A, Ontanilla Clavijo G, Bozada García JM

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

El POEM ha demostrado ser alternativa eficaz y segura al tratamiento quirúrgico. Además, permite el tratamiento de trastornos motores esofágicos no candidatos a cirugía. Es un tratamiento complejo que precisa una formación previa y adecuado tutelaje. Evaluamos los resultados de los primeros 50 casos y del programa formativo realizado. Los objetivos de nuestro trabajo son: -Descripción de las diferentes indicaciones. -Evaluar las complicaciones, tiempo de hospitalización, mejoría clínica y manométrica

a los 3-6 meses. -Mejora en la calidad de vida. -Describir y evaluar la formación para la implementación de la técnica.

Material y métodos

Todas las intervenciones fueron realizadas por dos endoscopistas avanzados con experiencia en DES, alternándose en los casos como primer operador. Los primeros 8 casos bajo tutelaje presencial por experto en sala, sin ser operador. Diagnósticos en base a endoscopia oral+esofagogastroduodenal+manometría-AR. Se clasificaron según Chicagov.4.0. Anestesia bajo Intubación orotraqueal, decúbito supino y fluconazol una semana previa, CO2 y profilaxis antibiótica durante el procedimiento. Hidrodisector Hybrid-knife T, fuente VIO3, inyector ERBE-Jet (1 casol Triangle-Tip knife-J). Túnel y miotomía posterior, a las 5 horas. Líquidos a las 24 horas, dieta triturada a las 48 horas y alta a las 72 horas. Antibioterapia durante 5 días. Análisis antropométrico y escalas de disfagia y calidad de vida (EAT-10, MDADI, Eckardt) previo y a 6 meses. Manometría, EGD y endoscopia oral a los 3-6meses. Variables demográficas, tiempo de procedimiento, complicaciones inmediatas y diferidas y tiempo de hospitalización.

Resultados

Se intervinieron 50 pacientes marzo-2022 hasta julio-2024. 8 acalasia tipo-I, 35 tipo-II, 3 tipo-III, 3 OTS, 1 Jackhammer. Previamente 2 toxina, 2 dilatación, 2 Heller. Edad 52. H:M 17:15. IMC 25. Tiempo 81 minutos, hospitalización 2.9 días (2-27). Una fuga de mucosotomía tratado exitosamente con prótesis y drenaje pleural. Neumocentesis cinco pacientes. Control asintomáticos todos, EII normotenso 21/23 casos controlados, mejora significativa de todas las escalas (Eckardt 0,8). Ganancia ponderal 6 kilogramos. Endoscopia en 29 pacientes, 5 esofagitis-A, 1 B y 1 C (20%). Sin diferencias de resultados entre casos tutelados/no tutelados, endoscopistas, ni tipos de acalasia. No recidivas hasta la fecha.

Conclusiones

- El POEM es una intervención endoscópica eficaz en todos los trastornos motores esofágico y mejora significativamente la calidad de vida
- Es seguro en manos expertas, fácilmente implantable con una supervisión inicial adecuada, una casuística suficiente y con un protocolo de manejo perfectamente definido.
- Precisa de menor tiempo de intervención, menor numero de complicaciones y tiempo de hospitalización que la cirugía y es un tratamiento de rescate.
- La incidencia de RGE clínico es poco relevante y las lesiones endoscópicas (20%) son menores.
- Creemos que el hidrodisector Hybrid-Knife es el bisturí de elección en la actualidad.

CO-19. COLITIS ULCEROSA AGUDA GRAVE EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA

Tejero Jurado R, El Fallous El Mraghid M, Carrillo Cubero B, Gros Alcalde B, Benítez Cantero JM, Soto Escribano P, Marín Pedrosa S, Iglesias Flores EM

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad auto-inmune con un curso variable. Un porcentaje relevante de pacientes debutan como brote grave o lo tienen a lo largo de su evolución; siendo la situación con mayor morbimortalidad. Una cuarta parte de pacientes con CU tiene ≥ 60 años. Nuestro estudio pretende explorar la influencia de la edad y la comorbilidad en la evolución, respuesta a tratamientos de primera línea y de rescate, necesidad de cirugía y mortalidad en el contexto de la colitis ulcerosa aguda grave (CUAG).

Material y métodos

Estudio de cohortes retrospectivo que incluye a los pacientes hospitalizados por CUAG entre los años 2003-2023 en el Hospital Universitario Reina Sofía. Los participantes se han agrupado por edad (< 60 años, ≥ 60 años). Se analizaron variables referentes a características basales, gravedad al ingreso, respuesta a corticoides, complicaciones, intensificación de tratamiento, necesidad de colectomía y mortalidad.

	Total	Jóvenes	Mayores	p
Obesidad	7,1% (n= 29)	6,4% (n= 21)	10,1 % (n= 8)	0,242
Hábito tabáquico	11,8% (n= 49)	14% (n= 47)	2,5% (n= 2)	0,004
Cardiopatía	5,1% (n= 21)	1,2% (n= 4)	21,5% (n= 17)	<0,001
Enfermedad pulmonar	6,1% (n= 25)	2,7% (n= 9)	20,3% (n= 16)	<0,001
Neoplasia	3,2% (n= 13)	2,1% (n= 7)	7,6% (n= 6)	0,013
Índice comorbilidad (Charlson)	0: 74,1% (n=303)	0: 84,2% (n= 278)	0: 31,6% (n= 25)	<0,001
	1: 11,5% (n= 47)	1: 8,2 % (n=27)	1: 25,3% (n= 20)	
	≥ 2 : 14,4% (n= 59)	≥ 2 : 7,6% (n= 25)	≥ 2 : 43% (n= 34)	
Polifarmacia	20,6% (n=84)	10,9% (n= 36)	60,8% (n= 48)	<0,001
Extensión enfermedad				
Proctitis	5,5% (n= 23)	5,6% (n= 19)	4,9% (n= 4)	0,180
Colitis izquierda	25,3% (n= 106)	23,4% (n= 79)	33,3% (n= 27)	
Colitis extensa	69,2% (n= 290)	71% (n= 240)	61,7% (n= 50)	
Manifestaciones extraintestinales	9,6% (n= 40)	10,7% (n= 36)	5% (n= 4)	0,258

Tabla 1. Características basales y de la CU en función de la edad (< 60 años vs ≥ 60 años).

	Total	Jóvenes	Mayores	p
Mayo score endoscópico	Mayo 1: 5,6% (n= 22)	1: 5,3% (n= 17)	1: 6,5% (n= 5)	0,815
	Mayo 2: 24,5 % (n= 97)	2: 25,1% (n= 80)	2: 22,1% (n= 17)	
	Mayo 3: 69,9% (n= 277)	3: 69,6% (n= 222)	3: 71,4% (n= 55)	
Índice Truelove	Moderado: 29,7% (n= 85)	Moderado: 28,8% (n= 66)	Moderado: 33,3% (n= 19)	0,505
	Grave: 70,3% (n= 201)	Grave: 71,2% (n= 163)	Grave: 66,7% (n= 38)	
PCR (mg/l)	70,5 (IQR 28,5-145,8)	80 (IQR 30-139)	68 (IQR 27-153)	0,634
Leucocitos (10 ⁹ /ml)	10 (IQR 8-13)	8 (IQR 11-14)	9,5 (IQR 7,75-13)	0,041
Hemoglobina (mg/dl)	13 (IQR 11-14)	13 (IQR 11-14)	12 (IQR 11-13)	0,153
Albumina (g/dl)	3,25 (IQR 3-4)	3,5 (IQR 3-4)	3,15 (IQR 2,93-3,5)	0,044
Prealbumina (mg/dl)	14 (IQR 8-21)	15 (IQR 9-23)	9,5 (IQR 6-17)	0,035
Creatinina (mg/dl)	1 (IQR 0,87-1)	1 (IQR 0,82-1)	1 (IQR 0,9-1,2)	0,004
Desnutrición				
Leve	21,6% (n= 38)	20,4% (n= 28)	25,6% (n= 10)	0,192
Moderada	27,3% (n= 48)	29,2% (n= 40)	20,5% (n= 8)	
Grave	50,6% (n= 89)	50,4% (n= 69)	51,3% (n= 20)	
Fiebre	35,5% (n= 138)	37,7% (n= 119)	26% (n= 19)	0,061

Tabla 2. Características clínicas, de bioquímica y endoscópicas al ingreso por brote de CU en función de la edad.

	Total	Jóvenes	Mayores	p
Respuesta a corticoides 3º día	13,2 (IQR 8-20,1)	12,8 (IQR 8,1-22,1)	13,5 (IQR 6,2-22,1)	0,814
Respuesta a corticoides 5º día	6,1 (IQR 3,8-10)	6,2 (IQR 3,8-9,7)	5,7 (IQR 4,3-10,6)	0,963
Complicaciones durante ingreso	15,8% (n= 66)	15,4% (n= 52)	17,3% (n= 14)	0,681
Tipo complicación				
Megacolon	6,45% (n= 27)	6,52% (n=22)	6,17% (n= 5)	0,941
Hemorragia grave	1,67% (n= 7)	1,48% (n= 5)	2,46% (n= 2)	
Perforación	1,2% (n= 5)	1,18% (n= 4)	1,2% (n= 1)	
Otros	6,2% (n= 26)	5,9% (n= 20)	7,4% (n= 6)	
Infección intrahospitalaria	12,9% (n= 35)	12,5% (n= 27)	14,3% (n= 8)	0,792
Tromboembolismo	0,4% (n=1)	0,5% (n=1)	0	0,614
Transfusión hemoderivados	11,6% (n= 45)	9,5% (n= 30)	20,8% (n= 15)	0,006
Nutrición parenteral	14,3% (n= 57)	13,9% (n= 45)	15,8% (n= 12)	0,677
Días de ingreso	11 (IQR 7-16)	11 (IQR 7-16)	10 (IQR 7-15,5)	0,479
Ingreso en UCI	0,7% (n= 3)	0,3% (n=1)	2,5% (n= 2)	0,038
Intensificación tratamiento	52,9% (n= 220)	55,8% (n= 187)	40,7% (n= 33)	0,015
Ciclosporina	6% (n= 25)	7,1% (n= 24)	1,2% (n= 1)	0,045
Anti-TNF	17,7% (n= 74)	19,5% (n= 66)	9,9% (n= 8)	0,041
Tasa colectomía	20,3% (n= 85)	17,5% (n= 59)	32,1% (n= 26)	0,003
Complicaciones postquirúrgicas	45,3% (n= 29)	40,9% (n= 18)	55% (n= 11)	0,294
Reingreso	19,3% (n= 80)	17,3% (n= 58)	27,5% (n= 22)	0,038
Mortalidad en 12 meses	1,8% (n= 7)	0	9% (n= 7)	< 0,001

Tabla 3. Curso evolutivo durante ingreso, tratamiento, complicaciones y mortalidad de acuerdo a la edad.

Resultados

419 pacientes ingresaron por brote de CU; el 19,3% (n= 81) con edad avanzada (≥ 60 años). La presencia de comorbilidad (índice Charlson ≥ 2: 43% vs 7,6%, p<0,001) y polifarmacia (60,8% vs 10,9%; p<0,001) fueron más frecuentes en el adulto mayor. En relación a la CU, no se encontraron diferencias en función de la edad en la extensión de la enfermedad ni en la gravedad del brote al ingreso (en parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos). Tampoco se encontraron diferencias en las complicaciones durante el ingreso ni en la respuesta a corticoides. Sin embargo, los pacientes mayores tuvieron menor tasa de intensificación de tratamiento durante ingreso (40,7% vs 55,8%, p= 0,015), menor acceso a fármacos biológicos como anti-TNF (9,9% vs 19,5%, p=0,041) o ciclosporina (1,2% vs 7,1%, p=0,045), mayor necesidad de ingreso en UCI (2,5% vs 0,3%, p= 0,038), reingreso (27,5% vs 17,3%, p= 0,038) mayor tasa de colectomía (32,1% vs 17,5%, p=0,003) y mayor mortalidad en el primer año tras el ingreso (9% vs 0, p< 0,001). En el análisis multivariante, la edad avanzada mantuvo su significancia en la predicción de acceso a terapias de rescate y en el riesgo de colectomía.

	Modelo univariante			Modelo multivariante		
	OR	IC 95%	P valor	OR	IC 95%	P valor
Edad (≥ 60 años)	2,23	1,29-3,84	0,004	6,81	1,11-41,91	0,039
Sexo (varón)	1,4	0,85-2,3	0,185			
Comorbilidad (Charlson ≥ 2)	3,24	1,76-5,98	<0,001	22,6	1,56-326,46	0,022
Obesidad	0,51	0,224-1,17	0,113			
Cardiopatía	1,69	0,64-1,51	0,29			
Enfermedad pulmonar	3,2	1,36-7,51	0,007	5,94	0,14-254,45	0,353
Neoplasia	1,24	0,33-4,6	0,75			
Polifarmacia	1,62	0,92-2,85	0,093			
Extensión CU (colitis izquierda)	0,44	0,23-0,82	0,011	0,3	0,05-1,73	0,19
Mayo score endoscópico	0,15	0,06-0,37	<0,001	0,06	0 -2,78	0,152
Índice Truelove	5,33	2,05-13,91	<0,001	1,4	0,14-13,93	0,78
PCR (mg/l)	1,01	1-1,01	0,002	1,01	0,99-1,02	0,13
Leucocitos (10 ⁹ /ml)	0,94	0,871-1,02	0,114			
Hb (mg/dl)	0,834	0,72-0,97	0,015	0,64	0,44-0,94	0,023
Albumina (g/dl)	0,36	0,22-0,64	< 0,001	0,67	0,21-2,13	0,493
Prealbumina (mg/dl)	0,95	0,9-1,01	0,076	0,99	0,91-1,08	0,87
Creatinina (mg/dl)	1,01	0,66-1,55	0,969			

Tabla 4. Regresión logística binaria factores asociados a necesidad de colectomía.

Conclusiones

En nuestro estudio, los pacientes de edad avanzada que requieren ingreso por brote de CU, presentan características clínicas similares con respecto a la gravedad del brote y respuesta a corticoides en comparación con jóvenes. Sin embargo, en este subgrupo se concentran mayores tasas de colectomía, reingreso, estancia en UCI y mortalidad en el primer año, así como un menor uso de terapias de rescate.

CO-20. EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE ENFERMEDADES SUBYACENTES EN EL DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR FÁRMACOS

De Vicente Ortega A¹, Medina Cáliz I², Alvarez Alvarez I², Pinazo Banderas J³, Robles Díaz M³, Andrade Bellido R³, Lucena González MI⁴, García Cortes M³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. ANTEQUERA, MÁLAGA. ²INSTITUT D'INVESTIGACIONS IBIMA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA. MÁLAGA. ³UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ⁴UGC FARMACOLOGÍA CLÍNICA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

Introducción

Analizar la influencia de enfermedades subyacentes, tanto hepáticas como extrahepáticas, y la carga de comorbilidad sobre episodios de hepatotoxicidad con relación a gravedad, fenotipo y evolución.

Material y métodos

Análisis de los pacientes incluidos de forma prospectiva en el Registro Español de hepatotoxicidad desde 1994 hasta 2021. Se incluyeron los casos con causalidad posible, probable o definido y se excluyeron los casos de hepatotoxicidad intrínseca. Se analizaron datos demográficos, clínicos y evolutivos comparando entre los distintos grados de comorbilidad usando el índice Charlson.

Resultados

Se analizaron 934 pacientes, con una media de edad de 54 años, siendo 52.09% varones (Tabla 1, Figura 1).

Al analizar las características demográficas con relación al índice Charlson, a mayor carga de comorbilidad, mayor edad media y mayor representación de hombres (Tabla 2). El fenotipo predominante fue hepatocelular independientemente del grupo de comorbilidad. La media del índice Charlson fue 0.45 (rango intercuartílico 0-1), con un 66.49% sin comorbilidad (ICC=0), 30.84% comorbilidad leve (ICC=1-2) y 2.68% comorbilidad significativa (ICC >2). Las comorbilidades más prevalentes fueron: enfermedades cardiovasculares (24.70%), endocrinas, nutricionales y metabólicas (21.22%), patología digestiva incluyendo

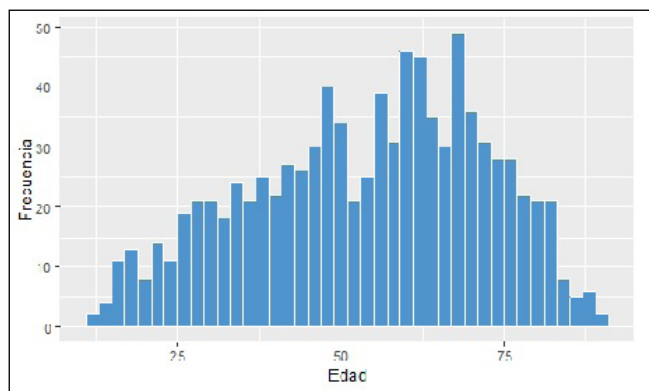


Figura 1. Distribución edad población a estudio.

Variables	
Edad media, años (desviación estándar)	54.42 ± 17.93
Sexo masculino, %	52.09
Peso medio, kg (desviación estándar)	70.95 ± 12.19
Talla media, cm (desviación estándar)	166 ± 8.79
IMC media (desviación estándar)	25.85 ± 3.86
Síntomas asociados, n (%)	
Fiebre	108 (11.56%)
Rash	65 (7.60%)
Eosinofilia	201 (25.46%)
Linfopenia	180 (22.58%)
Artralgia	17 (2.86%)
Tipo de daño, n (%)	
Hepatocelular	590 (63.17%)
Colestásico	180 (19.27%)
Mixto	164 (17.56%)
Enfermedades previas, n (%)	
Fallece por fallo hepático fulminante, %	21 (2.25%)
Causalidad, n (%)	
Definido	285 (30.51%)
Probable	490 (52.46%)
Posible	159 (17.02%)
Índice de Charlson	
ICC 0	621 (66.49%)
ICC 1-2	288 (30.84%)
ICC > 2	25 (2.68%)

Tabla 1. Resumen características población de estudio.

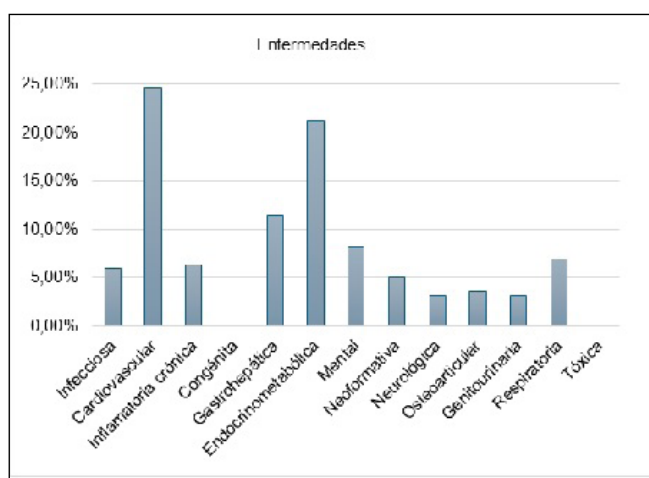


Figura 2. Enfermedades que padecían previo a episodio de DILI.

hepáticas (11.35%) y mental (8.17%) (Figura 2). Las enfermedades autoinmunes fueron más frecuentes en casos con comorbilidad leve.

Variable	ICC 0	ICC +1	ICC +2	p
Edad media, años (desviación estándar)	50.36 ± 18.02	62.04 ± 14.85	67 ± 13.67	<0.0001
Sexo masculino, %	47.74	59.38	76.00	0.0002
IMC media (desviación estándar)	25.42 ± 3.64	27.06 ± 4.14	24.85 ± 3.97	0.0012
Diabetes, %	2.90	31.25	40.00	<0.0001
Hipertensión, %	16.75	28.47	56.00	<0.0001
Dislipemia, %	9.82	20.49	36.00	0.001
Sd metabólico, %	1.45	5.56	16	0.03
Enfermedad hepática basal, %	3.38	18.4	36	<0.0001
Hepatitis viral (B o C), %	2.09	5.90	12	0.001
Enfermedad viral (VHC, VHB, VIH), %	2.09	6.60	12	0.0005
Enfermedad cardiovascular, %	14.17	47.92	88	<0.0001
Enfermedad autoinmune, %	5.31	16.32	12	0.0008
Parámetros de laboratorio x LSN, media, UI/L (desviación estándar) al inicio				
Bilirrubina total	7.38 ± 7.63	7.53 ± 6.94	7.28 ± 6.85	0.9
AST	15.87 ± 22.74	14.71 ± 19.73	9.92 ± 10.94	0.3
ALT	19.99 ± 23.74	17.09 ± 20.46	13.26 ± 16.66	0.09
FA	1.96 ± 1.79	2.49 ± 2.53	4.23 ± 5.68	<0.0001
Severidad, %				0.5
Leve	31.59	27.17	20.83	
Moderado	59.25	60.87	70.83	
Severo	5.89	6.52	4.16	
Fatal	3.27	5.43	4.17	
Fallece por fallo hepático fulminante, %	1.45	3.82	4.00	0.04
Fallece de causa no hepática, %	1.05	16.13	42.86	0.0002
Fenotipo, %				0.07
Hepatocelular	65.22	60.41	44.00	
Colestásico	17.71	20.83	40.00	
Mixto	17.07	18.75	16.00	
Causalidad, %				0.3
Definido	28.34	34.03	44.00	
Probable	53.95	50.00	44.00	
Posible	17.71	15.97	12.00	
Suplementos dietéticos y herboristería, %	5	2.43	0	0.1

Tabla 2. Comparación según comorbilidad, divididos en grupos según Índice de Charlson.

A mayor comorbilidad, mayor mortalidad global, tanto en relación con un mayor número de fallecimientos por fallo hepático agudo, como con mayor mortalidad de causa no hepática. Sin embargo, mayor comorbilidad no se relacionaba con mayor severidad del episodio.

Conclusiones

A mayor comorbilidad mayor mortalidad por fallo hepático agudo y por causa no hepática. Sin embargo, no se correlaciona con mayor severidad del episodio de hepatotoxicidad.

SESIÓN V

CO-21. INFLUENCIA DE LAS INDICACIONES Y LA LÍNEA DE TRATAMIENTO UTILIZADA EN LA EFECTIVIDAD DE LA ERRADICACIÓN DE H. PYLORI: EXPERIENCIA DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE INFECCIÓN POR H. PYLORI (HP-EUREG)

Pérez Aisa A¹, Fernández Moreno N¹, Rivas Ruiz F², Martínez-Domínguez SJ³, Cano-Català A⁴, Parra P⁵, Moreira L⁶, Nyssen OP⁵, Gisbert JP⁵

¹SERVICIO DE DIGESTIVO. RICAPPS - RED DE INVESTIGACIÓN EN CRONICIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL. ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. RICAPPS - RED DE INVESTIGACIÓN EN CRONICIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL. ³SERVICIO DE DIGESTIVO, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa, ZARAGOZA; INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE ARAGÓN (IIS ARAGÓN); FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA; CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED EN ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y HEPÁTICAS (CIBEREHD). ⁴GASTROINTESTINAL ONCOLOGY, ENDOSCOPY AND SURGERY (GOES) RESEARCH GROUP, ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA, INSTITUT DE RECERCA I INNOVACIÓ EN CIÈNCIES DE LA VIDA I DE LA SALUT DE LA CATALUNYA CENTRAL (IRIS-CC), MANRESA. ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA (IIS-PRINCESA), UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (UAM), CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD), MADRID. ⁶SERVICIO DE DIGESTIVO, HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD), INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS), UNIVERSIDAD DE BARCELONA, BARCELONA.

Introducción

Conseguir las mejores tasas de erradicación frente a la infección por *Helicobacter pylori* (HP) en primera línea es un objetivo primordial.

Evaluamos la influencia de las indicaciones en la eficacia de la pauta de erradicación según la línea de tratamiento utilizada.

Material y métodos

Registro internacional, prospectivo y no intervencionista del tratamiento de la infección por *H. pylori* por gastroenterólogos europeos (Hp-EuReg). Se incluyeron pacientes sin tratamiento previo recopilados en e-CRD AEG-REDCap de 2013 a 2024 referentes al área del Hospital Universitario Costa del Sol (HUCS). La eficacia se analizó mediante intención de tratar modificada (mITT). Se compararon las diferencias en resultados de erradicación