

Conclusiones

Upadacitinib ofrece un perfil de respuesta competitivo en EC refractaria, con eficacia sostenida a medio plazo en cohortes con alta exposición a biológicos previos. Su tolerancia y el control de la seguridad permiten considerarlo, incluso en pacientes con múltiples fracasos terapéuticos previos, como una alternativa válida en la optimización de estrategias de manejo en Crohn complejo.

SESIÓN II

CO-06. IMPACTO DE LA TERAPIA COMBINADA AVANZADA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIA

Rodríguez Gallardo M, Valdés Delgado T, González Parra AC, Maldonado Pérez B, Mouhtar El Halabi S, Belvis Jiménez M, Argüelles Arias F

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Evaluar la efectividad y seguridad de la terapia combinada avanzada (TCA), entendida como la combinación de fármacos biológicos y pequeñas moléculas, en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refractaria a terapias biológicas o i-Jak en monoterapia.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo, realizado entre 2021 y 2025 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con EII refractaria que iniciaron tratamiento con TCA. La respuesta clínica se definió como una disminución ≥ 3 puntos del índice de Harvey-Bradshaw (IHB) para la Enfermedad de Crohn (EC) o del Índice Parcial de Mayo (IpM) para la colitis ulcerosa (CU). La remisión clínica se consideró un $IHB \leq 4$ en EC o un IpM 0–1 en CU. La respuesta biológica se estableció como una reducción $\geq 50\%$ de la proteína C reactiva (PCR) y de la calprotectina fecal (CF) y la remisión biológica cuando la PCR fue $< 5\text{mg/L}$ y la CF $< 250\mu\text{g/g}$. Se analizaron estos parámetros en las semanas 16, 32 y 52; además de los efectos adversos (EA).

Resultados

Se incluyó una cohorte de 26 pacientes con predominio de colitis ulcerosa izquierda, de edad mediana 38,5 años (Tabla 1). Se emplearon 15 combinaciones, siendo más frecuente vedolizumab con upadacitinib (Figura 1).

La respuesta clínica se alcanzó en el 69,6% (16/23), 68,4% (13/19) y 60,0% (9/15) en las semanas 16, 32 y 52. La remisión clínica aumentó del 21,7% (5/23) en la semana 16 al 53,3% (8/15) en la

CARACTERÍSTICAS BASEALES	PACIENTES (n=26)
Tipo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), n (%)	
Colitis Ulcerosa (CU)	17 (65.4)
Enfermedad de Crohn (EC)	9 (34.6)
Edad (años), mediana [IQR]	38.5 (26.0-50.3)
Género masculino, n (%)	17 (65.4)
Duración de la enfermedad (años), mediana [IQR]	9 (4.0-15.5)
Fumador, n (%)	
Si	5 (19.2)
No	14 (53.8)
Exfumador	7 (26.9)
Montreal, n (%)	
Extensión (E), CU	
E1	6 (35.3)
E2	9 (52.9)
E3	2 (11.8)
Severidad (S), CU	
S1	1 (6)
S2	8 (47)
S3	8 (47)
Edad (A), EC	
A1	7 (77.8)
A2	1 (11.1)
A3	1 (11.1)
Localización (L), EC	
L1	1 (11.1)
L2	1 (11.1)
L3	7 (77.8)
L4	-
Comportamiento (B), EC	
B1	2 (22.2)
B2	2 (22.2)
B3	5 (55.6)
Enfermedad perianal, n (%)	7 (26.9)
Manifestaciones extraintestinales (MEIs), n (%)	7 (26.9)
Cirugía previa, n (%)	5 (19.2)
Corticoides sistémicos previos, n (%)	20 (76.9)
Inmunomoduladores previos, n (%)	17 (65.4)
Tratamientos biológicos previos, n (%)	
• Infliximab (IFX)	26 (100)
• Adalimumab (ADA)	9 (39.1)
• Ustekinumab (UST)	13 (50)
• Vedolizumab (VEDO)	14 (53.8)
• Risankizumab (RISAN)	2 (7.7)
• Guselkumab (GUSEL)	2 (7.7)
i-JAKs previos, n (%)	
• Filgotinib (FILGO)	4 (15.4)
• Tofacitinib (TOFA)	5 (19.2)
• Upadacitinib (UPA)	3 (11.5)
IpM basal, mediana [IQR]	7 (6-8)
HBI basal, mediana [IQR]	13 (10-16)
CRP basal (mg/L), mediana [IQR]	4.4 (1.1-23.7)
CF basal (mg/Kg), median [IQR]	2127.5 (929.3-4160.3)

Tabla 1. Características demográficas de la población de estudio.

52. La respuesta biológica fue 52,2% (12/23), 63,2% (12/19) y 66,7% (10/15), respectivamente. La remisión biológica aumentó de 17,4% (4/23) en la semana 16 a 60% (9/15) en la semana 52 (Figura 2).

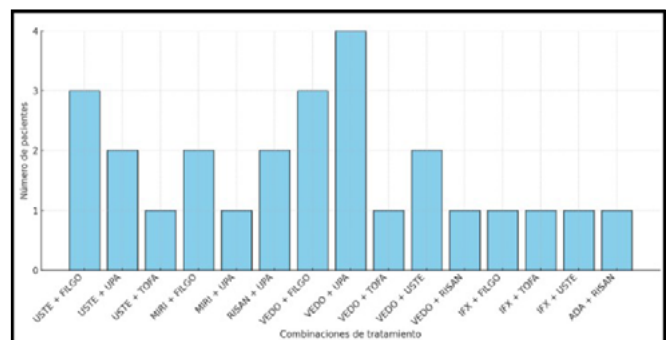


Figura 1. Distribución de pacientes según combinación de terapia.

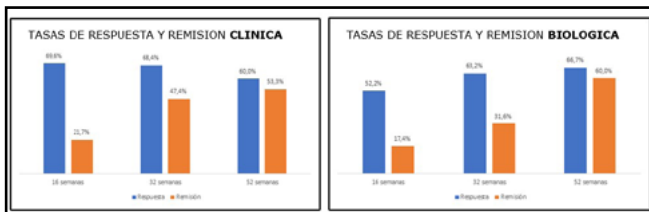


Figura 2. Tasas de remisión y respuesta clínica y biológica a lo largo del tiempo en pacientes en tratamiento activo con ACT.

Se suspendieron corticoides en un 77% (20/26), con una tasa de remisión clínica libre de corticoides del 46.7% (7/15) a las 52 semanas (Figura 3).

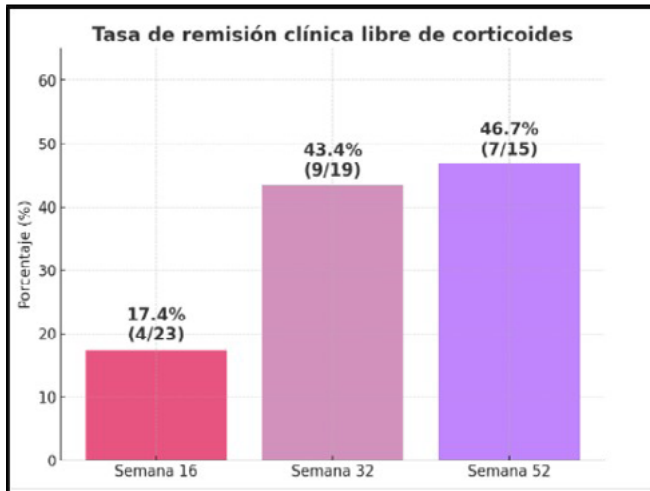


Figura 3. Tasa de remisión clínica libre de corticoides.

La mediana de CF basal fue 2127 μ g, descendiendo a 635,5 μ g a las 16 semanas y hasta 101 μ g en semana 52 ($p > 0,05$). La mediana de PCR basal fue 4,4mg/L, disminuyendo a 2mg/L en las semanas 32 y 52 ($p > 0,05$) (Figura 4).

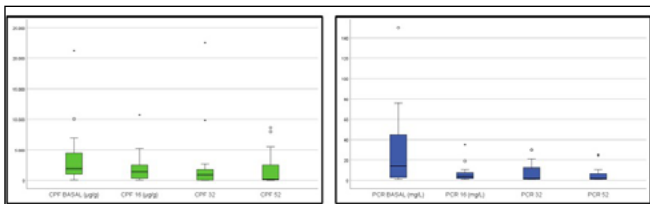


Figura 4. Evolución de la actividad biológica.

Los EA fueron leves, sin implicar suspensiones de tratamiento, con una persistencia de la TCA del 69,2% al final del seguimiento (Figura 5).

Conclusiones

La TCA demostró ser eficaz y segura en pacientes con EII refractaria, mejorando la tasa de remisión clínica y biológica y permitiendo la reducción de corticoides, por lo que representa una alternativa útil y bien tolerada en casos complejos que no responden a monoterapia avanzada

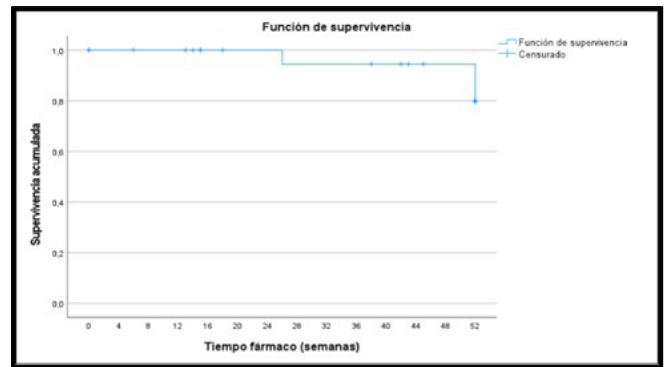


Figura 5. Curva de Kaplan-Meier mostrando la proporción acumulada de pacientes con EII que mantienen la respuesta clínica a la terapia combinada a lo largo del seguimiento (semanas). El eje X representa el tiempo desde el inicio del tratamiento y el eje Y la probabilidad de persistencia terapéutica.

CO-07. IMPACTO CLÍNICO DE LA RECALIBRACIÓN DEL TIPS MOTIVADA POR SHUNT EXCESIVO

Ojeda Salvador M¹, Ruiz Sánchez A¹, Román García P², Ferrer Ríos T¹, Sousa Martín JM¹, Giráldez Gallego Á¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ²UGC RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

El TIPS puede tener consecuencias negativas relacionadas con un shunt excesivo: encefalopatía hepática (EH) e insuficiencia cardíaca (IC). La reducción de la derivación está indicada cuando estas complicaciones son severas y/o refractarias. Nuestros objetivos fueron: 1) conocer la necesidad de recalibración del TIPS; 2) describir el perfil de dicha población; 3) comparar la carga de enfermedad antes y después de la recalibración.

Material y métodos

De nuestra cohorte de 338 pacientes sometidos a TIPS entre 2010 y 2024, 11 (3,2%) precisaron recalibración por shunt excesivo en práctica clínica real. Sobre esta muestra, se compararon retrospectivamente los datos basales y evolutivos de los periodos A (pre-recalibración) y B (post-recalibración), empleando los test de McNemar o Wilcoxon, según procediera. Se evaluó el número de días de ingreso (por cualquier causa/enfermedad hepática), ajustándose en porcentaje para cada periodo.

Resultados

La mediana de edad fue de 63 (58-71) años; 10 casos eran hombres. La etiología más habitual fue el alcohol (54,5%) y la indicación principal para el TIPS fue la ascitis refractaria (45,5%). El motivo de la recalibración fue siempre la EH severa, asociada a IC en un 36,4%. La mediana de tiempo transcurrido para el primer periodo fue de 292 (83-890) y para el segundo de 233 (87-867) días ($p = NS$). Tras la derivación, el porcentaje de pacientes con ascitis grado ≥ 2 se redujo de 90,9 al 45,5% ($p = NS$), mientras que el de pacientes con EH severa ascendió del 27,3 al 100% ($p = 0,008$).

En la comparación basal pre-TIPS y pre-recalibración, no se encontraron diferencias para los scores habituales de gravedad empleados en cirrosis, pero sí para el gradiente de presiones: 20 (16-21) vs. 6 (3-9) mm Hg ($p=0,012$). Los días globales de ingreso para ambos periodos (A vs B) fueron similares (27 [17-55] vs 26 [11-38]) así como sus porcentajes (6,2 [2,9-32,9] vs 5,8 [2,3-10,4]); $p=NS$. Para las hospitalizaciones relacionadas con enfermedad hepática, los resultados fueron también similares tanto en términos absolutos como relativos. Un 54,5% de los pacientes fallecieron en el seguimiento y ninguno fue sometido a trasplante hepático.

Conclusiones

En práctica clínica real, la necesidad de recalibración del TIPS por shunt excesivo fue muy escasa. En nuestra serie de pacientes (con una tasa de trasplante nula), esta maniobra no redujo la carga de enfermedad medida en días de hospitalización. Una dilatación personalizada de las prótesis, evitando reducciones excesivas del gradiente de presiones, podría reducir la tasa de EH severa post-TIPS.

CO-08. CONSULTAS DE ALTO RIESGO DIGESTIVO EN ANDALUCÍA: HACIA UN MODELO UNIFICADO Y HUMANO DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER.

Rivas Rivas M¹, Puente Gutiérrez JJ², Pizarro Moreno Á³.
En representación del grupo de trabajo de CCR de la SAPD.

¹UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.
²UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. ANDÚJAR, JAÉN. ³UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Analizar la situación actual de las consultas de alto riesgo en tumores digestivos y cáncer hereditario en Andalucía, identificando recursos, barreras y oportunidades de mejora, con el fin de avanzar hacia un modelo común que garantice una atención homogénea, multidisciplinar y centrada en las personas.

Material y métodos

Entre mayo y septiembre de 2025 se recogieron respuestas de 17 hospitales públicos andaluces con potencial o confirmada existencia de consultas de alto riesgo digestivo. Se diseñó un cuestionario estructurado que abordó: características organizativas, recursos humanos, coordinación multidisciplinar, genética molecular disponible, protocolos de derivación y seguimiento, utilización de herramientas predictivas y percepción de barreras y necesidades. Los datos fueron analizados de forma descriptiva para ofrecer una visión global de la situación en la comunidad.

Resultados

Las consultas de alto riesgo digestivo muestran una marcada heterogeneidad organizativa. En el 76 % de los hospitales la atención recae en uno o dos médicos, y el número de consultas al mes es muy dispar entre los distintos centros; la mayoría (62 %) dispone de cuatro consultas mensuales. El estudio genético se solicita directamente desde el servicio de digestivo en algo más del 55 % de los casos, mientras que el resto depende de la coordinación con genética u oncología.

La disponibilidad de inmunohistoquímica para proteínas MMR es universal, y el 81 % de los hospitales dispone de estudios moleculares o paneles multigénicos. Sin embargo, solo el 38 % realiza árbol genealógico y el 56 % utiliza modelos predictivos (PREMM).

Las principales barreras identificadas fueron la falta de reconocimiento institucional (87 %), la ausencia de protocolos específicos (56 %) y la escasez de personal cualificado (50 %).

El 100 % de los participantes consideró necesaria la creación de una red andaluza de trabajo conjunto, y el 94 % manifestó su disposición a participar en ella. Varios centros destacaron la importancia de un documento de posicionamiento de la SAPD que unifique criterios y estándares mínimos.

Conclusiones

Estos resultados muestran que, aunque existen consultas consolidadas que marcan la diferencia en la vida de pacientes y familias, persisten heterogeneidad y limitaciones estructurales. La unificación de protocolos, la estandarización de herramientas y la creación de una red colaborativa representan una oportunidad real para ofrecer atención de alta calidad, equitativa y humana en toda Andalucía.

CO-09. MÁS ALLÁ DE LA HEMOSTASIA: IMPACTO DE COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA MORTALIDAD POR HEMORRAGIA DIGESTIVA

Carmona Frías A, Mirabent Moreno C, Alañon Martínez PE, González Castilla ML, Jurado García J, González Galilea Á

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Analizar la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva (HD) y caracterizar sus causas en función de su relación directa o indirecta con el evento hemorrágico inicial.

Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional y descriptivo, con base retrospectiva, llevado a cabo en el Hospital Universitario Reina

Sofía de Córdoba durante el período comprendido entre junio de 2014 y mayo de 2024. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que requirieron ingreso hospitalario con diagnóstico HD. Las causas de mortalidad se clasificaron en tres categorías: a) directamente relacionadas con el episodio hemorrágico, incluyendo el fracaso de la hemostasia endoscópica, quirúrgica o endovascular; b) secundarias a complicaciones desarrolladas durante la hospitalización, y c) asociadas a la progresión desfavorable de patologías crónicas subyacentes.

Resultados

Se registraron 3.046 episodios de hemorragia digestiva en pacientes con una edad media de 74,1 años (DE 15,2) y 61% de varones. Según el origen de la HD se categorizó en hemorragia digestiva alta (50,8%; n=1.546), baja (39,4%; n=1.207), de intestino delgado (1,9%; n=57) y de origen oscuro (7,7%; n=236).

La mortalidad intrahospitalaria global alcanzó el 4,6% (n=141). En 77 casos (54,6%), el fallecimiento se relacionó con la evolución desfavorable de enfermedades crónicas, destacando la cardiopatía (n=38) y la neoplasia (n=34) como las más frecuentes. En 43 pacientes (30,5%), la causa fue una complicación adquirida durante el ingreso, sobre todo las de tipo cardiorrespiratorio (70%; n=30).

Los factores directamente atribuibles al evento hemorrágico representaron el 14,9% (n=21), principalmente por fracaso del tratamiento hemostático, más frecuente en hemorragia digestiva alta (76,2%; n=16). La edad media de estos pacientes fue de 71,1 años. Dentro de este subgrupo, el 42,9% (n=9) correspondió a hemorragia secundaria a varices esofagogástricas en el contexto de hipertensión portal. En ellos, las condiciones asociadas más comunes fueron trombosis del eje esplenoportal (77,7%; n=7) y hepatocarcinoma (44,4%; n=4). Tras excluir los casos vinculados a hipertensión portal, el fracaso de la hemostasia endoscópica, quirúrgica o endovascular se documentó únicamente en 12 pacientes, lo que supuso una mortalidad del 8,5%.

Conclusiones

En nuestra cohorte, la mayoría de los fallecimientos en pacientes con HD no se atribuyeron al fracaso del tratamiento hemostático, sino a factores clínicos asociados, como fragilidad, comorbilidades y complicaciones intrahospitalarias. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un abordaje multidisciplinar, con énfasis en la prevención de eventos adversos durante la hospitalización y en el control de enfermedades crónicas.

CO-10. EXPERIENCIA EN GASTROENTEROANASTOMOSIS GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN LA OBSTRUCCIÓN AL VACIAMIENTO GÁSTRICO: SERIE DE 22 PACIENTES

Frutos Pajuelo C, Mirabent Moreno C, Ladehesa Pineda MJ, Hervás Molina AJ, Serrano Ruiz FJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

La obstrucción al vaciamiento gástrico (OVG) es una complicación habitual en pacientes con neoplasias digestivas avanzadas, asociada a deterioro nutricional y mala calidad de vida. La gastroenteroanastomosis guiada por ultrasonografía endoscópica (GYUSE) se perfila como una alternativa mínimamente invasiva frente a la cirugía paliativa y al uso de prótesis enterales. Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia de nuestro centro con la técnica GYUSE, evaluando su factibilidad técnica, eficacia clínica, seguridad y evolución clínica de los pacientes tratados.

Material y métodos

Se incluyeron todos los pacientes con OVG tratados mediante GYUSE entre agosto de 2023 y junio de 2025. Se analizaron variables clínicas y demográficas, incluyendo el estado funcional (ECOG), tipo de neoplasia, localización de la estenosis, dispositivos empleados, complicaciones relacionadas al procedimiento, éxito técnico y clínico, tiempo hasta reintroducción de dieta, estancia hospitalaria, recurrencia de la obstrucción y seguimiento clínico.

Resultados

Se realizaron 22 GYUSE, 50% de los pacientes eran hombres, 90% por patología maligna, con un 80% de tumores no resecables al diagnóstico. Las principales indicaciones fueron adenocarcinoma de páncreas (31,8%) y adenocarcinoma gástrico (31,8%). Se realizó mediante técnica asistida con catéter y free hand.

Se logró éxito técnico y clínico en el 100% de los procedimientos. La reintroducción de dieta fue precoz: 77,3% el mismo día y 22,7% a las 24 horas.

Al alta, el 86,4% mantenía dieta normal, con una mediana de estancia hospitalaria de 2 días (IQR 0.5-4.5 días). Solo se reportó una complicación técnica menor (malposición de solapa distal), resuelta durante el procedimiento. No se observaron complicaciones postoperatorias. Dos pacientes (9,1%) presentaron recurrencia a los 172,5 (175-170) días en promedio, resuelta mediante endoscopia. Hubo dos fallecimientos tempranos no relacionados con la técnica. Al final del seguimiento (mediana de 114 días (IQR 60-239 días)), la mitad de los pacientes había fallecido por progresión oncológica.

Conclusiones

La GYUSE demuestra ser una técnica segura, eficaz y viable para tratar la OVG en pacientes con cáncer avanzado. Ofrece rápida reanudación de la ingesta oral, corta hospitalización, baja tasa de complicaciones y adecuada permeabilidad a largo plazo.