

## SESIÓN III

## CO-11. EFICACIA COMPARADA DE LA PAUTA CON PYLERA® CADA 8 HORAS FRENTE A CADA 6 HORAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ANDALUCÍA: RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI (HP-EUREG) EN EL PERIODO 2013-2025

Pérez Aisa Á<sup>1</sup>, Ubiña Aznar E<sup>2</sup>, Selfa Muñoz A<sup>2</sup>, Nyssen O<sup>3</sup>, Moreira Ruíz L<sup>4</sup>, Parra Pineda P<sup>3</sup>, Martínez-Domínguez SJ<sup>5</sup>, Jiménez Contreras S<sup>6</sup>, Keko Huerga A<sup>7</sup>, Ledro Cano D<sup>7</sup>, Gómez Rodríguez B<sup>8</sup>, Rodríguez Alonso C<sup>9</sup>, Pabón Carrasco M<sup>9</sup>, Rodríguez González F<sup>6</sup>, Perona Vicenti M<sup>10</sup>, Torres Blanco C<sup>1</sup>, De La Cruz Romero F<sup>1</sup>, Gisbert J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. <sup>2</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. <sup>3</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID. <sup>4</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO I PROVINCIAL DE BARCELONA. BARCELONA. <sup>5</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA. <sup>6</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. <sup>7</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. <sup>8</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. <sup>9</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. <sup>10</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA). MARBELLA, MÁLAGA.

### Introducción

Pylera® (cápsula única con metronidazol, tetraciclina y bismuto) es uno de los tratamientos más usados en la última década para erradicar *H. pylori* (HP). Sin embargo, su posología estándar de tres cápsulas cada seis horas (P3c/6h) puede dificultar la adherencia por su complejidad y escasa adaptación a nuestros horarios. Por ello, se planteó la alternativa de cuatro cápsulas cada ocho horas (P4c/8h). El objetivo fue evaluar su eficacia en práctica clínica real en Andalucía.

### Material y métodos

Registro sistemático y prospectivo (Hp-EuReg, WorldHpReg partner) de la práctica clínica de gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por *H. pylori*. Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap. Se analizaron todos los casos de Andalucía tratados con Pylera® desde 2013 hasta junio de 2025. La efectividad se evaluó por intención de tratar modificada (mITT). Para identificar predictores independientes de erradicación se construyó un modelo de regresión logística multivariable ajustado por línea de tratamiento y potencia del inhibidor de la bomba de protones (IBP). La adherencia se analizó

como posible factor de confusión, comparando la pauta antes y después de su inclusión.

### Resultados

Se analizaron 2.822 pacientes tratados con Pylera® entre 2013 y 2025 (Tabla 1). La pauta P4c/8h mostró una efectividad superior (97%) frente a P3c/6h (90%) ( $p < 0,001$ ) (Tabla 2). El uso de P4c/8h se asoció a mayor probabilidad de erradicación (OR=2,99; IC95%=1.95-4.58), independientemente de la línea de tratamiento y de la potencia del IBP. La adherencia fue similar

Variables	Frecuencia (n: 2.822)		%
Año	2013	3	0,1
	2014	2	0,1
	2015	3	0,1
	2016	305	10,8
	2017	463	16,4
	2018	305	10,8
	2019	401	14,2
	2020	360	12,8
	2021	352	12,5
	2022	251	8,9
	2023	122	4,3
2024	138	4,9	
2025	117	8,7	
Sexo	Mujer	1830	64,8
	Hombre	992	35,2
Edad	Media - DE	51,7	14,3
Número de intentos de erradicación previos	Naive	2316	82,1
	1	385	13,6
	2 o más	121	4,3
Indicación	Dispepsia con endoscopia normal	1191	42,2
	Dispepsia no investigada	1098	38,9
	Úlcera duodenal	163	5,8
	Úlcera gástrica	85	3,0
	Otros	285	10,1
Diagnóstico endoscópico	Invasivo	1588	56,3
	No invasivo	1234	43,7
Pylera*	Cada 8h	1733	63,2
	Cada 6h	1011	36,8

DE: Desviación estándar  
\*78 valores perdidos

Tabla 1. Descriptiva de variables.

Grupos	Pylera	Fracaso	Éxito	p	Riesgo Relativo* (IC95%)
Todos (n: 2.682)	Cada 8h	27 (2,7)	968 (97,3)	<0,001	1,08 (1,06-1,10)
	Cada 6h	164 (9,7)	1523 (90,3)		
Potencia de inhibición ácida de los IBP					
Baja (n: 1.003)	Cada 8h	6 (2,9)	204 (97,1)	<0,001	1,10 (1,07-1,14)
	Cada 6h	95 (12)	698 (88)		
Estándar (n: 1.095)	Cada 8h	21 (4,3)	468 (95,7)	0,053	1,03 (1,00-1,06)
	Cada 6h	44 (7,3)	562 (92,7)		
Alta (n: 572)	Cada 8h	0 (0)	294 (100)	<0,001	1,09 (1,05-1,14)
	Cada 6h	24 (8,6)	254 (91,4)		
Línea de tratamiento					
1ª Línea (n: 1.144)	Cada 8h	24 (2,7)	876 (97,3)	<0,001	1,05 (1,03-1,07)
	Cada 6h	103 (7,7)	1242 (92,3)		
2ª Línea (n: 137)	Cada 8h	3 (3,6)	80 (96,4)	0,002	1,17 (1,09-1,25)
	Cada 6h	47 (17,8)	217 (82,2)		
3ª o más Línea (n: 22)	Cada 8h	0 (0)	12 (100)	0,242	1,18 (1,01-1,37)
	Cada 6h	14 (17,9)	64 (82,1)		

\* Se calcula el Riesgo Relativo de tener Éxito tomando como categoría de exposición cada 8 horas

Tabla 2. Efectividad de la pauta tratamiento (mITT).

en ambos grupos (98% P3c/6h vs. 99% P4c/8h), aunque P4c/8h presentó una tendencia no significativa a más efectos adversos, en su mayoría leves (11% vs. 14%) (Tabla 3). En el modelo ajustado por adherencia, el efecto de la pauta se mantuvo estable (OR=3,02; IC95% 1.96-4.64), lo que sugiere que la adherencia no modifica sustancialmente los resultados (Tablas 4a y 4b). El análisis temporal mostró un cambio significativo ( $p < 0.001$ ) en la prescripción: en 2013-2022 predominó P3c/6h (70%), mientras que en 2023-2025 se consolidó P4c/8h como pauta principal (79%) (Tabla 5).

Pylera	n	%	n	%	p	Riesgo Relativo* (IC95%)
<b>Cumplimiento</b>						
No (<90%)						
Si (>90%)						
Cada 8h	12	1,2	990	98,8	0,069	1,01 (1,00-1,02)
Cada 6h	39	2,3	1691	97,7		
<b>Eventos Adversos</b>						
No						
Si						
Cada 8h	864	86,1	139	13,9	0,026	1,27 (1,03-1,56)
Cada 6h	1544	89,1	189	10,9		

**Listado de Eventos Adversos globales**

- Disgeusia: 22 (0,8%)
- Diarrea: 61 (2,2%)
- Náusea: 127 (4,5%)
- Vómitos: 35 (1,2%)
- Dispepsia: 35 (1,2%)
- Acidez: 5 (0,2%)
- Dolor abdominal: 36 (1,3%)
- Astenia: 85 (3%)
- Anorexia: 4 (0,1%)

Tabla 3. Cumplimiento y seguridad de la pauta de tratamiento.

Variables	$\beta$	p	Odds Ratio	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Pauta Pylera</b>					
Cada 6h			1,00		
Cada 8h	1,094	<0,001	2,99	1,95	4,58
<b>Número de intentos de erradicación previos</b>					
Naive	1,004		2,73	1,48	5,03
1	0,088	0,001	1,09	0,57	2,10
2 o más			1,00		
<b>Potencia de inhibición ácida de los IBP</b>					
Baja			1,00		
Estándar	0,331	0,005	1,39	1,00	1,95
Alta	0,748		2,11	1,32	3,39

Se excluyen del modelo: Edad, Sexo, Indicación, y Dx endoscópico

Tabla 4a. Regresión logística multivariante para evaluar efectividad de la pauta tratamiento (mITT).

Variables	$\beta$	p	Odds Ratio	IC95%	
				Inferior	Superior
<b>Pauta Pylera</b>					
Cada 6h			1,00		
Cada 8h	1,105	<0,001	3,02	1,96	4,64
<b>Número de intentos de erradicación previos</b>					
Naive	0,512		1,67	0,95	2,92
1	-0,413	<0,001	0,67	0,36	1,23
2 o más			1,00		
<b>Potencia de inhibición ácida de los IBP</b>					
Baja			1,00		
Estándar	0,274	0,019	1,31	0,94	1,84
Alta	0,645		1,91	1,19	3,05
<b>Cumplimiento</b>					
No (<90%)			1,00		
Si (>90%)	1,822	<0,001	6,18	3,55	10,77

Se excluyen del modelo: Edad, Sexo, Indicación, y Dx endoscópico

Tabla 4b. Regresión logística multivariante para evaluar efectividad de la pauta tratamiento (mITT).

Recuento	Año													Total
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Pylera every 8h	2	1	1	2	37	70	146	189	158	108	81	122	95	1012
every 6h every 6h	1	1	0	236	420	235	255	150	194	143	42	14	22	1283
Total	3	2	1	238	457	305	401	337	352	251	123	138	117	2295

Edad	%	Naive	Adh.	p
2013-2022	70,8%	51,8%	50,2%	<0,001
2023-2025	29,2%	48,2%	78,6%	

Tabla 5. Evolutivo prescripción.

## Conclusiones

En Andalucía, la pauta P4c/8h es más efectiva que la P3c/6h para la erradicación de *H. pylori*, con un cumplimiento similar. El beneficio de esta pauta se mantiene incluso tras ajustar por adherencia y otros factores, lo que sugiere que su simplicidad no solo la hace más cómoda, sino también más eficaz. Su uso mayoritario en la práctica clínica actual refuerza su valor como opción terapéutica sólida.

## CO-12. LOS FACTORES DE RIESGO METABÓLICOS INFLUYEN DE MANERA DETERMINANTE EN EL DESARROLLO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Suárez Toribio A, Herrería Fernández I, Lucena Valera A, Ampuero Herrojo J

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

## Introducción

Evaluar la prevalencia de fibrosis hepática en pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID), así como los factores implicados en el desarrollo de fibrosis. Como objetivo específico, evaluar la precisión de los test no invasivos, como

“Fibrosis-4 index” (FIB-4), “AST to Platelet Ratio Index” (APRI) o el cociente “AST/ALT”, en la detección de fibrosis significativa definida por Elastografía de Transición (ET).

**Material y métodos**

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, realizado en el Hospital Virgen del Rocío entre septiembre de 2024 y junio de 2025 en pacientes diagnosticados de IMID a los que se les haya realizado una ET entre septiembre 2018 y marzo 2025. Se excluyeron pacientes con enfermedad hepática previa al diagnóstico de IMID. La fibrosis mediante ET se definió por >8 kilopascales (kPa) y se evaluó la concordancia con los test no invasivos de detección de fibrosis.

**Resultados**

92 pacientes, 57,6% hombres. Edad mediana de 53 (42-62) años. 17 (18,5%) reconocían consumo de alcohol. 42 (47,8%) presentaba antecedente de tabaquismo. El 32,6% padecía hipercolesterolemia, 30,4% hipertrigliceridemia, 17,4% diabetes mellitus, 38% hipertensión arterial y 46,5% obesidad (IMC 29,8 [26– 35,6]). Las enfermedades digestivas fueron las más prevalentes (42,4%), seguidas de las reumatológicas (33,7%) y las dermatológicas (23,9%).

Mediana de kPa 5,2 (4,1 – 7,6); 22,2% fibrosis significativa. Mediana de CAP 266 (220 – 305)dB/m; 62,2% CAP >248. Mediana FIB-4 0,93 (0,65 – 1,32); 27,2% FIB-4 >1,30. Mediana APRI 0,3 (0,2 – 0,48); 22,8% APRI > 0,5. Índice AST/ALT >1 en 40% de pacientes.

El análisis univariante asociado a fibrosis significativa mediante ET se adjunta en la **figura 1**. El análisis multivariante se adjunta en la **figura 2**.

La mediana de FIB-4 y APRI fueron significativamente mayores en el grupo con ≥8 kPa: FIB-4 1,66 (1,1 – 2,5) vs 0,87 (0,63 – 1,15); p = 0,004; APRI 0,46 (0,3 – 0,62) vs 0,27 (0,18 – 0,41); p = 0,023. La comparación entre subgrupos se adjunta en la **figura 3**.

La correlación con la ecografía abdominal se adjunta en la **figura 4**.

**Conclusiones**

Los pacientes con IMID presentan una prevalencia elevada de esteatosis hepática incluso con una carga metabólica no elevada.

La edad y los factores de riesgo metabólicos favorecen la progresión hacia fibrosis en este grupo de pacientes.

FIB-4 (especialmente) y APRI mostraron una buena capacidad discriminativa para detectar fibrosis.

Variables independientes		Total	kPa < 8 (n=70)	kPa > 8 (n=20)	p-valor
Edad, años (media, DE)		52,8 ± 13,5	49,5 ± 12,5	63,8 ± 11,3	0,000
Sexo n (%)	Varones	51 (56,7)	41 (45,6)	10 (11,1)	0,333
	Mujeres	39 (43,3%)	29 (32,2)	10 (11,3)	
Obesidad - IMC (Kg/m²) n (%)	>30	39 (45,9)	27 (31,6)	12 (14,1)	0,042
	<30	46 (54,1)	40 (47,1)	6 (7,1)	
Hipercolesterolemia n (%)	No	61 (67,8)	53 (58,9)	8 (8,9)	0,004
	Si	29 (33,2)	17 (18,9)	12 (13,3)	
Hipertrigliceridemia n (%)	No	63 (70)	61 (66,7)	12 (13,3)	0,202
	Si	27 (30)	19 (21,1)	8 (8,9)	
Diabetes Mellitus n (%)	No	74 (82,2)	64 (71,1)	10 (11,1)	0,000
	Si	16 (17,8)	6 (6,7)	10 (11,1)	
Hábito tabáquico n (%)	No	48 (53,3)	38 (42,2)	10 (11,1)	0,465
	Si	42 (46,7)	32 (35,6)	10 (11,1)	
Consumo de alcohol n (%)	No	75 (83,3)	61 (67,8)	14 (15,6)	0,075
	Si	15 (16,7)	9 (10)	6 (6,7)	
Hipertensión arterial n (%)	No	56 (62,2)	48 (53,3)	8 (8,9)	0,027
	Si	34 (37,8)	22 (24,4)	12 (13,4)	
Tratamiento previo con metotrexato n (%)	No	69 (76,6)	53 (58,9)	16 (17,7)	0,473
	Si	21 (23,3)	17 (18,9)	4 (4,4)	
Grupo IMID n (%)	Digestivo	39 (43,3)	31 (34,4)	8 (8,9)	0,685
	Reumatología	29 (32,2)	21 (23,3)	8 (8,9)	
	Dermatología	22 (24,4)	18 (20)	4 (4,4)	
Actividad de la enfermedad n (%)	Leve	56 (62,2)	43 (47,8)	13 (14,4)	0,002
	Moderada	31 (34,4)	27 (30)	4 (4,4)	
	Severa	3 (3,3)	0 (0)	3 (3,3)	
Piaquetas (Kj/L) (media, DE)		253,1 ± 92,1	263,6 ± 65,7	218,9 ± 83,9	0,014
Glucosa (mg/dL) (media, DE)		96,3 ± 29	94,3 ± 29,8	104,3 ± 26,7	0,183
Albumina (g/dL) (media, DE)		4,4 ± 0,4	4,5 ± 0,4	4,3 ± 0,5	0,111
GGT (U/L) (mediana, IQR)		39 (22 – 94)	58,5 (28 – 94)	57(30– 146)	0,110
AST (U/L) (mediana, IQR)		25 (19 – 36)	26 (21 – 35,5)	32 (22 – 50)	0,201
ALT (U/L) (mediana, IQR)		28 (18 – 44)	29,5(22 – 52)	31 (22 – 50)	0,762
Bilirrubina (mg/dL) (media, DE)		0,60 ± 0,60	0,6 ± 0,7	0,5 ± 0,3	0,675
Colessterol (mg/dL) (media, DE)		186,2 ± 44,1	183,1 ± 43,5	193 ± 46,6	0,383
Triglicéridos (mg/dL) (media, DE)		130,6 ± 57,6	126,7 ± 58,6	148,8 ± 52,8	0,132

**Tabla 1. Análisis univariante en función de fibrosis significativa establecida mediante elastografía de transición.**

0: kPa < 8 / 1: kPa > 8	OR (IC95%)	p-valor
Obesidad - IMC (Kg/m²)	2,6 (0,6 – 11,1)	0,209
Diabetes Mellitus	11,2 (2,5 – 50,3)	0,002
Hipercolesterolemia	4,3 (1,1 – 17,5)	0,042
Edad	1,1 (1,03 – 1,2)	0,007
Actividad de la enfermedad	1,5 (0,5 – 5)	0,467
Hipertensión arterial	0,5 (0,1 – 2,7)	0,443
Piaquetas	1 (0,98 – 1,01)	0,364

**Tabla 2. Análisis multivariante de los factores significativos asociados a fibrosis hepática en el análisis univariante..**

		kPa < 8 (n=70)	kPa > 8 (n=20)	P-valor
FIB-4, n (%)	< 1,30	59 (85,6)	8 (8,9)	<0,001
	1,30 – 2,67	10 (11,1)	8 (8,9)	
	> 2,67	1 (1,1)	4 (4,4)	
APRI, n (%)	< 0,5	60 (66,7)	11 (12,2)	0,006
	> 0,5	10 (11,1)	9 (10)	
AST/ALT, n (%)	< 1	45 (50)	9 (10)	0,09
	> 1	25 (27,8)	11 (12,2)	

**Tabla 3. Asociación entre FIB4, APRI, AST/ALT y Elastografía de Transición.**

Ecografía abdominal (n=51)		Normal	Esteatosis hepática	Hepatopatía crónica	p-valor
FIB-4 n (%)	<1,3	9 (17,6)	19 (37,3)	4 (7,8)	0,003
	1,3 – 2,67	1 (2)	9 (17,6)	5 (9,8)	
	>2,67	0 (0)	0 (0)	4 (7,8)	
APRI n (%)	<0,5	8 (15,7)	21 (41,2)	6 (11,8)	0,150
	>0,5	2 (3,9)	7 (13,7)	7 (13,7)	
kPa n (%)	<8	9 (10,4)	19 (30,8)	4 (8,2)	0,02
	>8	1 (2)	8 (16,3)	8 (16,3)	

**Tabla 4.** Correlación entre marcadores de fibrosis y ecografía abdominal.

## CO-13. PRÓTESIS DE COLON AUTOEXPANDIBLES EN NEOPLASIAS COLÓNICAS ESTENOSANTES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Moreno Barrueco M, García Robles A, Bailón Gaona MC, Baute Trujillo EA, Extremera Fernández A, Lorente Martínez MÁ, Martín Navas MÁ, Ferre Villegas M, Lastra Aguilar PI

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

### Introducción

El cáncer de colon constituye una de las neoplasias malignas más frecuentes a nivel mundial y su prevalencia está en aumento. Hasta el 30 % puede presentarse en forma de obstrucción intestinal, requiriendo tratamiento quirúrgico urgente, asociándose a tasas de hasta un 50 % de y un 20 % de morbilidad, siendo superiores a las que reciben cirugías electivas. El objetivo de este estudio es evaluar las tasas de éxito técnico, así como las complicaciones, de la colocación de stents colónicos autoexpandibles (SEMS) en pacientes con obstrucción intestinal neoplásica como terapia puente a cirugía electiva y con intención paliativa, de los últimos 5 años.

### Material y métodos

Entre enero 2020 y noviembre 2025, se incluyó en este estudio retrospectivo, descriptivo y observacional a 50 pacientes con neoplasia colorrectal estenosante que fueron sometidos a la colocación de SEMS guiada por radioscopia.

### Resultados

Se colocaron prótesis en un total de 33 varones y 17 mujeres con una media de edad de 69 años. En 18 pacientes, se colocaron con finalidad paliativa (36 %) y en 32 pacientes como terapia puente a una cirugía electiva (64 %). El 80 % se colocaron en colon izquierdo, 14 % en ángulo esplénico, 4 % en trasverso y 2 % en ángulo hepático. La tasa de éxito técnico fue del 90 %, reportando un caso de imposibilidad técnica, un caso de rotura de la prótesis intraprocedimiento, dos casos de mal posicionamiento y un caso de ausencia de tránsito inmediato tras su colocación. Se presentaron cinco casos de perforación colónica, un caso de migración proximal y perforación colónica posterior, y un caso de intolerancia por tenesmo rectal. Los cinco

n=50		n	%
Sexo	Hombres	33	66
	Mujeres	17	34
Localización	Sigma/colon izquierdo	40	80
	Ángulo esplénico	7	14
	Colon trasverso	2	4
	Ángulo hepático	1	2
	Colon ascendente	0	0
Indicación	Recto	0	0
	Puente a cirugía	32	64
	Paliativo	18	36

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes por sexo, localización de la neoformación y indicación de colocación de la prótesis.

n=50		n	%
Complicación	Sin complicaciones	45	90
	No factible técnicamente	1	2
Intraprocedimiento	Rotura intraprocedimiento	1	2
	Mal posicionamiento	2	4
	Ausencia de tránsito	1	2
Complicación Inmediata	Sin complicaciones	43	86
	Perforación	5	10
Intolerancia	Reobstrucción	0	0
	Migración	1	2
	Intolerancia	1	2

**Tabla 2.** Tasa de complicaciones intraprocedimiento e inmediatas.

n=32		n	%
Tiempo hasta cirugía	< 2 semanas	10	31,3
	2-4 semanas	9	28,1
	4-6 semanas	4	12,5
	6-8 semanas	4	12,5
	> 8 semanas	5	15,6
Técnica quirúrgica	Anastomosis primaria	27	84,4
	Colostomía	7	21,9
Anastomosis primaria	< 2 semanas (n=10)	10	100
	>2 semanas (n=22)	16	72,73
Colostomía	< 2 semanas (n=10)	0	0
	>2 semanas (n=22)	6	27,27

**Tabla 3.** Porcentajes de pacientes en función del tiempo hasta cirugía electiva y tasas de anastomosis primaria y colostomía en función del tiempo.

casos de perforación colónica se produjeron sobre prótesis colocadas en ángulo esplénico. El tiempo medio hasta la cirugía electiva fue de 4 semanas desde la colocación del stent. Los pacientes que se sometieron a cirugía curativa, el 84 % se realizó cirugía laparoscopia con anastomosis primaria. El 100 % de los pacientes intervenidos antes de las dos semanas se realizó una anastomosis primaria, mientras que el 27 % que se operaron más allá de las dos semanas requirieron realización de ostomía.

### Conclusiones

Los resultados apoyan los SEMS como una estrategia segura y eficaz para el manejo de la obstrucción colónica neoplásica

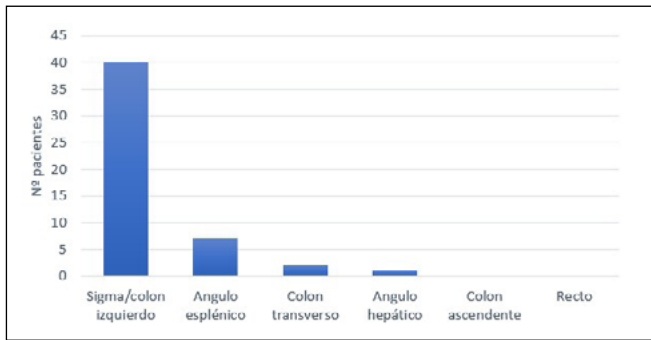


Figura 1. Distribución de localización de prótesis de colon.

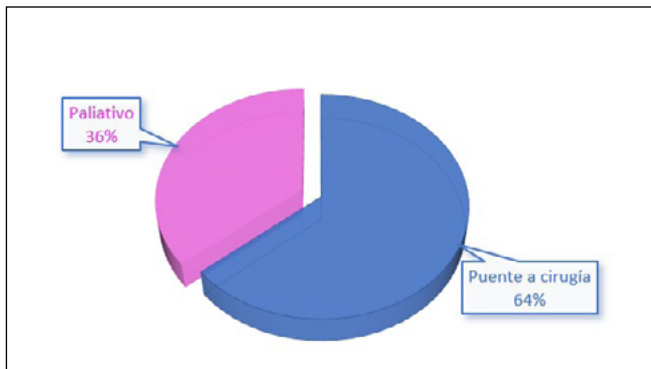


Figura 2. Distribución de indicación de prótesis de colon.

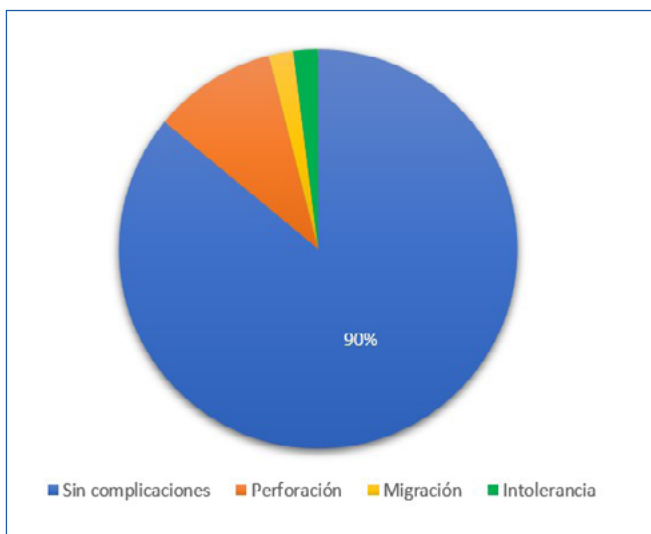


Figura 3. Tasa de complicaciones inmediatas a la colocación de la prótesis.

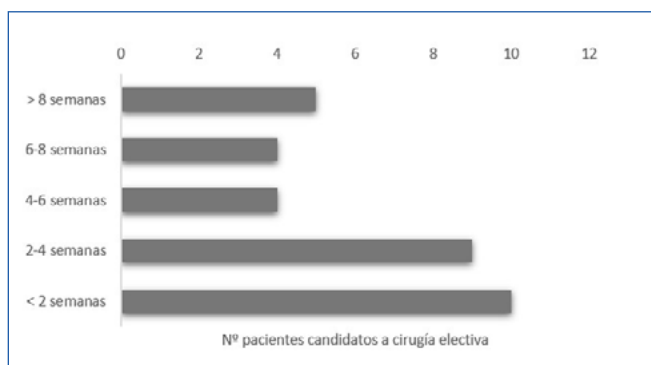


Figura 4. Distribución de tiempos desde la colocación de prótesis de colon hasta la cirugía electiva en pacientes candidatos a cirugía curativa.

teniendo en cuenta la necesidad de un intervalo de tiempo lo más precoz posible entre su colocación y la cirugía, así como, una meticulosa selección del paciente en cuanto a la localización de la lesión.

## CO-14. USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y RIESGO DE BROTES EN COLITIS ULCEROSA: ANÁLISIS LONGITUDINAL.

Frutos Pajuelo C, Gros Alcalde B, Soto Escribano P, Benítez Cantero JM, Marín Pedrosa S, Iglesias Flores E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

### Introducción

Aunque el uso de anticonceptivos hormonales (HCT) se ha asociado con el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria intestinal, la evidencia sobre su influencia en la actividad de la colitis ulcerosa (CU) es limitada. Evaluamos la relación entre HCT y el riesgo de brotes en mujeres con CU.

### Material y métodos

Incluimos mujeres diagnosticadas de CU entre 2014–2023, nacidas entre 1966–2008. Para analizar eventos recurrentes utilizamos la extensión de Andersen-Gill del modelo de regresión de Cox. Se aplicaron dos enfoques:

- M1: cada paciente clasificada en una cohorte única según exposición a HCT;
- M2: pacientes que iniciaron HCT tras el diagnóstico fueron consideradas no expuestas hasta el inicio y expuestas posteriormente.

### Resultados

Entre 2359 pacientes en nuestra base de datos local, 545 eran mujeres con CU, de las cuales 131 cumplieron con los criterios de inclusión para el análisis. La mayoría tenía proctitis ulcerosa, 57 (43,2%), y 24 (18,2%) eran fumadoras (Tabla 1). La mediana de edad fue de 32,5 años (23,3-42).

De esta cohorte, 52 (39,1%) mujeres estuvieron expuestas a HCT, con una duración mediana de exposición de 1,5 años (0,5-5,0). De estas, 33 (25%) estuvieron expuestas a HCT durante el seguimiento.

Durante 518 años-persona de seguimiento, se observaron 173 brotes y 196 ciclos de corticoides, con 54 hospitalizaciones. Se observaron diferencias en las tasas de hospitalización entre los grupos (Tabla 2). Además, se documentaron 24 embarazos en nuestra cohorte.

No se encontraron diferencias en el tiempo hasta el primer brote (prueba de log-rank,  $p=0,83$ ) (Figura 1). Sin embargo, el modelo de riesgos proporcionales de Cox mostró que el uso de HCT se asoció con un mayor riesgo acumulado de brotes en ambos

N = 131	No HCT n = 98	HCT n = 33	p
Edad al diagnóstico, mediana (IQR)	36 (21-45)	25 (20,5-32)	0,0001
Extensión CU, n (%)			
- E1	39 (39,8)	17 (51,5)	0,38
- E2	32 (32,7)	6 (18,2)	
- E3	27 (27,6)	10 (30,3)	
Mayo endoscópico, n (%)			
Mayo 1	28 (30,1)	4 (12,0)	0,27
- Mayo 2	47 (50,5)	18 (58,1)	
- Mayo 3	18 (19,4)	9 (29)	
Tabaquismo, n (%)	17 (17,3)	7 (21,2)	0,79

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

Criterios de diagnóstico de SHR según consenso ADQI-ICA 2024
Cirrosis descompensada con ascitis
Diagnóstico de IRA, ERA o ERC en función de criterios ADQI-ICA
Ausencia de mejoría de creatinina sérica y/o producción de orina dentro de las 24 horas siguientes a una reanimación con volumen adecuada
Ausencia de evidencia sólida para una explicación alternativa como causa primaria del fracaso renal

Tabla 2. Eventos durante el seguimiento.

modelos (Figuras 2A y 2B). No se observaron eventos adversos asociados con el uso de HCT durante el seguimiento.

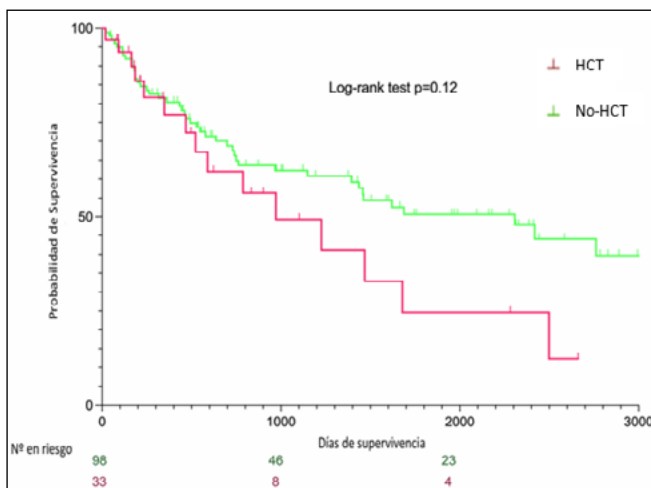


Figura 1. Tiempo hasta el primer brote.

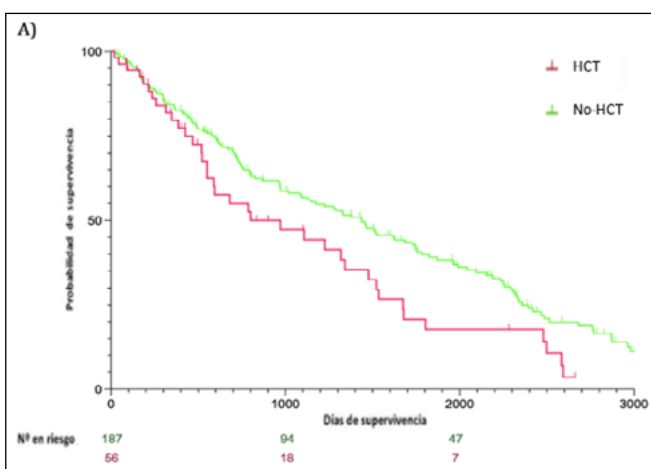


Figura 2A. Riesgo acumulado de brote en HCT. M1: aHR1,53, 95%CI 1,05-2,22, p=0,029.

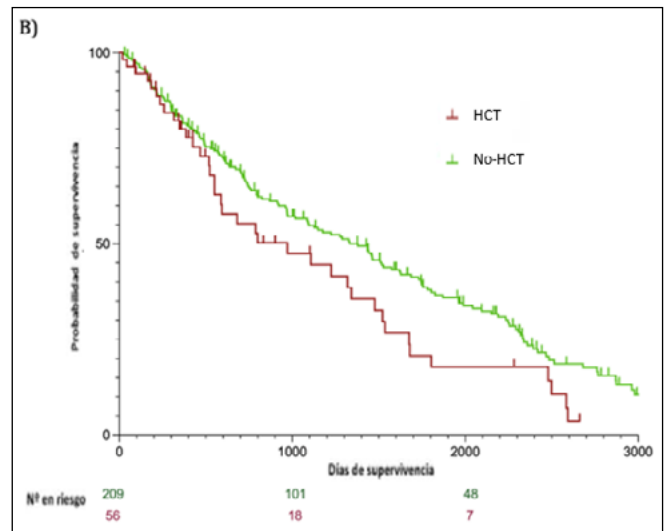


Figura 2B. Riesgo acumulado de brote en HCT. M2: aHR1,47, 95%CI 1,019-2,11, p=0,039.

## Conclusiones

Nuestro estudio sugiere que el uso de HCT está asociado con mayor riesgo acumulado de brotes y tasas de hospitalización en pacientes con CU. Además, no se observaron señales de seguridad relacionadas con el uso de HCT en esta cohorte.

## CO-15. EXPERIENCIA EN EL USO DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL PARA EL DRENAJE DE COLECCIONES PANCREÁTICAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Bailón Gaona Mc, Moreno Barrueco M, Extremera Fernández A, Baute Trujillo EA, Lorente Martínez MÁ, Martín Navas MA, Quintero Fuentes D, Mundi Sánchez-Ramade JL

UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

## Introducción

Las colecciones pancreáticas son una complicación relativamente frecuente tras distintos procesos pancreáticos. Una alternativa para el drenaje de las mismas es el drenaje guiado por ecoendoscopia (USE), ya sea mediante la colocación de prótesis de aposición luminal y/o mediante la colocación endoscópica de drenaje tipo PigTail. El objetivo de nuestro estudio es describir la experiencia en nuestro centro en el drenaje de colecciones pancreáticas mediante prótesis de aposición luminal (Hot Axios®).

## Material y métodos

Presentamos un estudio observacional, descriptivo y unicéntrico en el que incluimos todos los pacientes sometidos a drenaje guiado por ecoendoscopia de colecciones pancreáticas en un hospital de segundo nivel entre los años 2021 y 2025. Se recogen variables demográficas, etiológicas, clínicas y pronósticas.

## Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron 35 drenajes ecoguiados de colecciones pancreáticas: 21 en varones (60%) y 14 en mujeres (40%) (Tabla 1). La edad media en el momento del drenaje fue de 62,71 años (IQR 69,5 - 56,5). Se trataron 21 colecciones necróticas (60%) y 13 pseudoquistes (37,14%) (Figura 1). La etiología más prevalente del proceso pancreático fue biliar (21 pacientes, 60%), seguido de alcohólica (20%), post-quirúrgica (14,29%) y asociada a hipertrigliceridemia (5,71%) (Figura 2). El tamaño promedio de las colecciones fue de 12,69 cm (IQR 16,5 - 10) y la prótesis de aposición luminal se mantuvo una mediana de 45 días (IQR 62,5 - 21,5).

Variable	N (%) / Mediana (RIQ)
Sexo (Hombre)	21 (60%)
Edad (años)	62,71 (69,5 - 56,5)
Etiología de las colecciones	
Biliar	21 (60%)
Alcohol	7 (20%)
Hipertrigliceridemia	2 (5,71%)
Post-quirúrgica	5 (14,20%)
Tipo de colecciones pancreáticas	
Colecciones necróticas	21 (60%)
Pseudoquistes	13 (37,14%)
Otras	1 (2,86%)
Tamaño promedio de las colecciones (cm)	12,69 (16,5 - 10)
Necesidad de necrosectomía	9 (25,71%)
Complicaciones derivadas de la técnica	7 (20%)
Necesidad de rescate quirúrgico	3 (8,57%)
Mortalidad a los 90 días	0 (0%)

Tabla 1. Variables demográficas, etiológicas, clínicas y pronósticas.

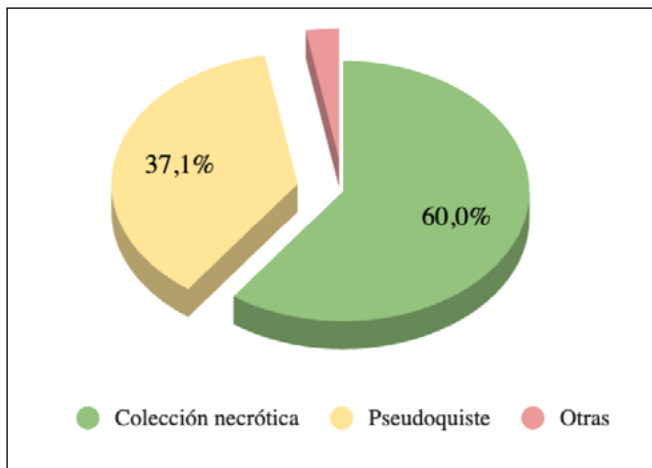


Figura 1. Tipo de colección pancreática.

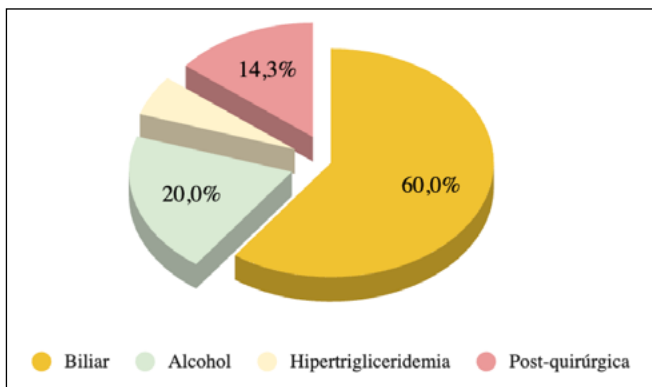


Figura 2. Etiología de la colección pancreática.

Tan solo 9 de las colecciones evaluadas (25,71%) precisaron de necrosectomía, con una media de 3,3 sesiones por paciente. No se desarrollaron complicaciones derivadas de la técnica en 28 procedimientos (80%) y de los restantes, se describen dos hemorragias autolimitadas (5,71%), dos migraciones tempranas (5,71%), una migración tardía (2,86%), una infección (2,86%) y una obstrucción (2,86%). No hubo ningún caso de perforación (Figura 3).

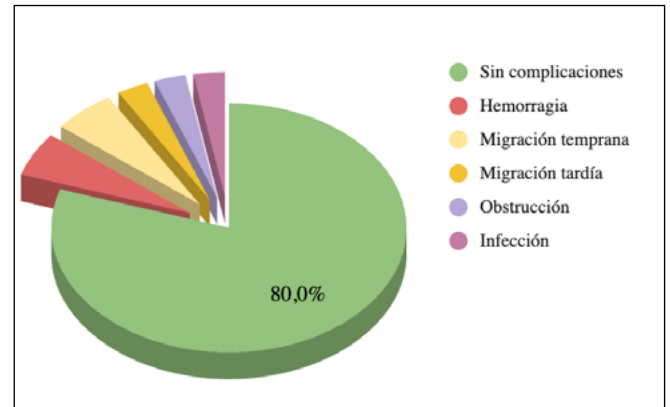


Figura 3. Complicaciones derivadas de la técnica.

La estancia media hospitalaria fue de 36 días y el 57,2% de los pacientes requirió de ingreso en UCI previo o posterior al drenaje de las colecciones. A pesar de que el 8,6% requirió cirugía de rescate, ningún paciente falleció en los 90 días posteriores a la técnica.

## Conclusiones

La colocación de prótesis de aposición luminal constituye una opción eficaz y segura para el drenaje de colecciones pancreáticas, con alta tasa de resolución clínica y baja mortalidad. Nuestro estudio refrenda el uso de estas prótesis como técnica de elección en el abordaje mínimamente invasivo de estas lesiones.