

CO-16. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN POBLACIÓN ROMANI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL COMPORTAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON POBLACIÓN CAUCÁSICA.

Prieto De La Torre M¹, Rodríguez Moncada R², Marin Pedrosa S¹, Aparicio Serrano A³, Benítez Cantero JM¹, Moreno Márquez C⁴, Soto Escribano P¹, Iglesias Flores E¹, Gros B¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ²UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES. POZOBLANCO, CÓRDOBA. ³UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL INFANTA MARGARITA. CABRA, CÓRDOBA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE PUENTE GENIL. PUENTE GENIL, CÓRDOBA.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico, mediado por el sistema inmunitario, con una incidencia creciente a nivel mundial. Aunque múltiples estudios han explorado el impacto de la etnia en la EII, existe una carencia de datos clínicos y epidemiológicos sobre poblaciones minoritarias como la comunidad romaní.

El objetivo de nuestro estudio es comparar las características clínicas, la evolución de la enfermedad y las tasas de complicaciones de la EII entre pacientes romaníes y caucásicos en Córdoba, España.

Material y métodos

Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo y de casos y controles en los cuatro principales hospitales de Córdoba. Los pacientes adultos de etnia romaní diagnosticados de EII fueron identificados y se emparejaron en proporción 1:2 con controles caucásicos mediante Propensity Score Matching, ajustando por diversas características demográficas. Los datos demográficos, clínicos, terapéuticos y de desenlaces se obtuvieron de historias clínicas electrónicas, y los análisis incluyeron hospitalizaciones, complicaciones, tratamientos y necesidad de cirugía.

Resultados

Se incluyeron 171 pacientes (57 romaníes y 114 caucásicos). En la población romaní, la enfermedad de Crohn (EC) representó cerca del 70% de los casos de EII. Los pacientes romaníes con EC presentaron mayor prevalencia de dislipemia (26,3% vs 10,5%) y hábito tabáquico (57,9% vs 34,2%), mientras que las manifestaciones extraintestinales fueron más frecuentes en los romaníes con colitis ulcerosa (CU) (23,7% vs 0%). No se observaron diferencias en la agregación familiar. Durante el seguimiento, los pacientes romaníes con EC tuvieron más

	Total N=171	EC Romani n=38	EC Caucasica n=76	p	CU Romani n=19	CU Caucasica n=38	p
Varón, n (%)	105 (61.4)	21 (55.3)	42 (55.3)	0.999	14 (73.3)	28 (73.7)	0.999
Edad al diagnóstico mediana (IQR)	30 (22-44)	31 (22-44)	30 (21-42)	0.741	29 (21.4)	29 (23.49)	0.925
Localización EC, n (%)							
- L1	45 (39.5)	15 (39.5)	30 (39.5)	0.999			
- L2	9 (7.9)	3 (7.9)	6 (7.9)				
- L3	57 (50)	19 (50)	38 (50)				
EC tracto superior, n (%)	12 (10.5)	3 (7.9)	9 (11.8)	0.715			
Perianal, n (%)	25 (14.6)	10 (26.3)	15 (19.7)	0.424			
Comportamiento EC, n (%)							
- B1	80 (70.8)	24 (63.2)	56 (74.7)	0.399			
- B2	18 (15.9)	7 (18.4)	11 (14.7)				
- B3	15 (13.3)	7 (18.4)	8 (10.7)				
Extensión CU, n (%)							
- E1	21 (36.8)				7 (36.8)	14 (36.8)	0.999
- E2	9 (15.8)				3 (15.8)	6 (15.8)	
- E3	27 (47.4)				9 (47.4)	18 (47.4)	
MEIS, n (%)	41 (24)	8 (21.1)	24 (31.3)	0.238	9 (23.7)	0	0.021
Enf. Autoinmune asociada, n (%)	18 (10.5)	5 (13.2)	11 (14.5)	0.828	2 (5.3)	0	0.309
Fumador, n (%)	56 (32.7)	22 (57.9)	26 (34.2)	0.016	2 (10.5)	6 (15.9)	0.590
Hipertensión, n (%)	28 (16.4)	8 (21.1)	11 (14.5)	0.374	1 (5.3)	8 (21.1)	0.123
DM, n (%)	12 (7)	5 (13.2)	4 (5.3)	0.141	2 (10.5)	1 (2.6)	0.208
Dislipidemia, n (%)	29 (17)	10 (26.3)	8 (10.5)	0.029	4 (21.1)	7 (18.4)	0.812
AF de EII, n (%)	35 (20.6)	11 (28.9)	13 (17.1)	0.154	3 (15.8)	8 (21.2)	0.635
Numero familiares, mediana (IQR)	1 (1-1)	1 (0.75- 1.25)	1 (1-1.5)	0.918	1 (1-1)	1 (1-1)	0.491
IMC, n (%)							
- Normal	97 (56.7)	18 (47.4)	39 (51.3)	0.334	14 (73.7)	26 (68.4)	0.655
- Sobrepeso	38 (22.2)	13 (34.2)	14 (18.4)				
- Obesidad	25 (15.2)	7 (18.4)	13 (17.1)				

*Missing data, n=10

AF de EII: Antecedentes Familiares de EII; U: colitis ulcerosa; DM: diabetes mellitus; EC: Enfermedad de Crohn; EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; IMC: Índice de Masa Corporal; IQR: rango intercuartílico; MEIS: manifestaciones extraintestinales.

Tabla 1. Características basales y comorbilidades de los pacientes con EII, estratificadas por tipo de enfermedad y etnia.

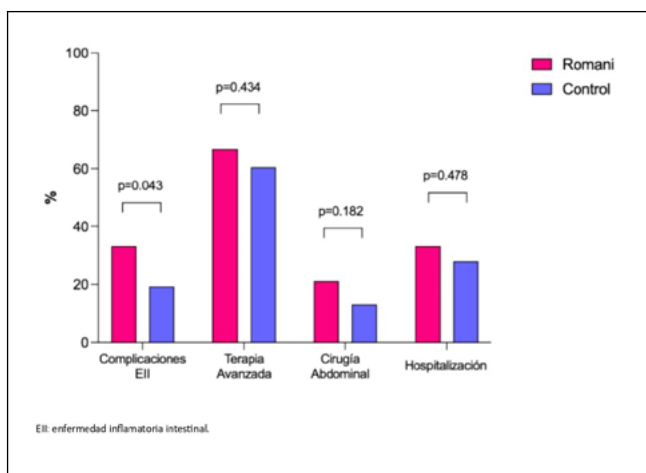


Figura 1. Comparación de los desenlaces clínicos entre pacientes romaníes y caucásicos con EII.

complicaciones relacionadas con la enfermedad (44,7% vs 22,4%) y un tiempo significativamente menor hasta su aparición. No hubo diferencias tanto en el porcentaje como en el tiempo hasta el inicio de terapia biológica, primer ingreso hospitalario y cirugía abdominal.

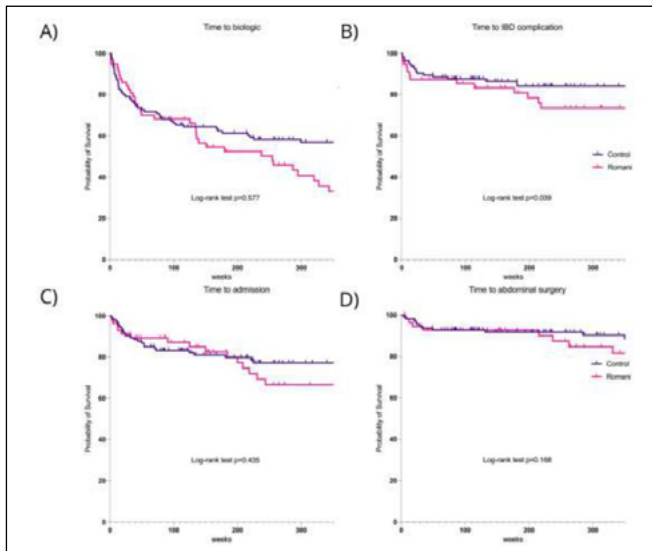


Figura 2. Curvas de Kaplan-Meier del tiempo hasta: (A) el inicio de terapia biológica; (B) la aparición de complicaciones relacionadas con la EI; (C) la primera hospitalización tras el diagnóstico; (D) la primera cirugía abdominal en toda la cohorte.

Conclusiones

Los pacientes romaníes con EI presentan una evolución clínica más agresiva, con mayor frecuencia y aparición más temprana de complicaciones, lo que resalta la necesidad de estrategias específicas de seguimiento e intervención para mejorar los resultados en este grupo vulnerable.

CO-17. EFECTO FIN DE SEMANA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: NECESIDAD DE INGRESO Y RESULTADOS A CORTO PLAZO.

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

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

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA), es una de las patologías más frecuentes del tracto gastrointestinal. Las guías de práctica clínica recomiendan que exista un equipo de endoscopias disponible las 24 horas del día durante todos los días del año a fin de poder realizar un correcto tratamiento de la HDA. Sin embargo, tanto en la hemorragia como en otras patologías graves se han descrito peores resultados en la atención en fin de semana, lo que se conoce como efecto fin de semana. En la literatura, existe controversia respecto a los resultados publicados para HDA.

Por ello, el objetivo de nuestro estudio es analizar el efecto de la atención en fin de semana en los resultados de la HDA.

Material y métodos

Llevamos a cabo un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes que acuden a un hospital de tercer nivel con HDA (definida como presencia de hematemesis o melenas y descenso de Hemoglobina >2 g/dl o inestabilidad hemodinámica), entre los años 2013 y 2023.

Se definieron 2 grupos, aquellos admitidos durante días laborables (Grupo 1) y durante el fin de semana (Grupo 2), incluyéndose un total de 899 pacientes. Se analizaron variables relacionadas con las características basales (edad, sexo, comorbilidades). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS.

Resultados

La edad media fue de 64 años, con un 67,8% de varones. Se encontraron diferencias con un mayor consumo de AINES para el grupo 1 (22,7% vs 16,4%, $p=0,037$). El resto de características basales de interés se exponen en la **tabla 1**.

Variable	Grupo 1 (entre semana)	Grupo 2 (fin de semana)	P
Edad	65,05 +/- 16	62,89 +/- 16	0,081
Sexo	Varón 428 (68,5%)	177 (66,8%)	0,496
ERC	99 (15,8%)	36 (13,6%)	0,391
SAOS	44 (7%)	18 (6,8%)	0,894
IC	75 (12%)	25 (9,4%)	0,170
FA	124 (19,8%)	42 (15,8%)	0,120
Ictus	35 (5,6%)	13 (4,9%)	0,675
Cirrosis	136 (21,8%)	61 (23%)	0,679
HTA	312 (49,9%)	115 (43,4%)	0,068
DM	161 (25,8%)	69 (26%)	0,931
Tabaco	152 (25,9%)	68 (27,1%)	0,757
Alcohol	147 (25,2%)	51 (20,7%)	0,167
AINES	139 (22,7%)	43 (16,4%)	0,037
Antitromboticos	115 (18,4%)	49 (18,5%)	0,975
Anticoagulantes	160 (25,6%)	62 (23,8%)	0,584
Úlcera Péptica	287 (45,3%)	107 (40,4%)	0,178
HDA varicosa	73 (11,5%)	37 (14%)	0,302
ASA III-IV	394 (62,1%)	161 (60,8%)	0,696
MAPASH 2 o +	395 (76,7%)	166 (79%)	0,493

Tabla 1. Características basales.

Existen diferencias significativas para la necesidad de ingreso hospitalario en el grupo 2 (70% vs 79,6%, $p=0,003$). El resto de los resultados de interés se exponen en la **tabla 2**.

El análisis multivariante para el ingreso hospitalario encontró como factor de riesgo la atención en fin de semana (OR 1,54, $p=0,015$) y el consumo de AINES (OR 1,94, $p<0,001$)

Variable	Grupo 1 (entre semana)	Grupo 2 (fin de semana)	P
Sangrado activo	170 (27,2%)	77 (29,1%)	0,572
Sangre Tracto GI	271 (43,4%)	129 (48,7%)	0,145
Tratamiento endoscópico	296 (47,5%)	141 (53,2%)	0,250
Ingreso hospitalario	444 (70%)	211 (79,6%)	0,003
Resangrado	75 (12%)	38 (14,4%)	0,322
Necesidad intervención	465 (74,5%)	213 (80,4%)	0,06
Mortalidad aguda	65 (10,4%)	36 (13,6%)	0,171
Mortalidad 6m	46 (7,8%)	19 (7,9%)	0,961
Eventos CV 6m	34 (5,8%)	13 (5,4%)	0,839

Tabla 2. Resultados.

Conclusiones

Nuestros resultados indican que la atención en fin de semana no se asocia con una peor evolución de la HDA. Este hallazgo podría explicarse por la disponibilidad de un equipo de endoscopia presencial los siete días de la semana en nuestro centro, lo que asegura un manejo adecuado.

Sin embargo, la mayor necesidad de ingreso hospitalario observada durante los fines de semana podría reflejar limitaciones en la capacidad de observación en las áreas de urgencias en esos días. Estos resultados coinciden con la evidencia más reciente y subrayan la importancia de optimizar los recursos de atención de urgencias durante los fines de semana.

CO-18. IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y DE RECURRENCIA DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE: COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

Castillo Toledo M¹, Ljubic Bambill I¹, Hernández Pérez AM¹, Rivas Ruiz F², Rosales Zabal JM¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

La infección por Clostridioides difficile (ICD) es una de las principales causas de diarrea asociadas a la hospitalización y al uso de antibioterapia, que genera un aumento importante de la morbimortalidad y de los costes sanitarios. Las guías clínicas establecen la prioridad farmacológica para su tratamiento en función de la existencia de factores de riesgo de recurrencia.

El objetivo de este estudio es evaluar los factores asociados a recurrencia de ICD y analizar la eficacia comparativa de los tratamientos utilizados en la práctica clínica real de nuestro centro.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de cohortes con análisis preliminar de 207 pacientes de un hospital universitario de especialidades, con diagnóstico de ICD confirmado por toxina en heces positiva, entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se definió la recurrencia de ICD por la presencia de un nuevo episodio en ≤ 8 semanas con toxina positiva y se consideraron factores de riesgo para recurrencia el tener edad avanzada (65 años o más), inmunosupresión, infección previa por Clostridioides difficile, uso de antibioterapia previa ≤ 12 semanas y la hospitalización reciente ≤ 12 semanas. Se realizó un análisis estadístico, usando la prueba de chi cuadrado para las variables cualitativas y la prueba t de Student para las variables cuantitativas.

Resultados

De los 207 pacientes, el 17,9% presentó recurrencia de ICD. El único factor predictivo fue el antecedente de ICD previa ($p=0,003$). En relación con el tratamiento inicial elegido, se utilizaron la vancomicina (76,8%), fidaxomicina (6,3%) y metronidazol (11,1%), sin diferencias significativas en la tasa de recurrencia según tratamiento inicial: vancomicina 18,9%, fidaxomicina 7,7%, metronidazol 26,1% ($p=0,400$). Las tablas y figuras muestran los resultados completos.

Sexo (n, %)	
Hombre	93 (44,9%)
Mujer	114 (55,2%)
Edad (m, rango)	66,21 (15-97)
Índice de Charlson (Me, P25-P75)	4 (2-6)
Enfermedad Inflamatoria Intestinal (n, %)	12 (5,8%)
Inmunosupresión (n, %)	40 (19,3%)
Uso de antibioterapia ≤ 12 semanas (n, %)	133 (64,3%)
Hospitalización ≤ 12 semanas (n, %)	112 (54,1%)
Infección previa por C. difficile (n, %)	10 (4,8%)
Uso de vancomicina (n, %)	159 (76,8%)
Uso de fidaxomicina (n, %)	13 (6,3%)
Uso de metronidazol (n, %)	23 (11,1%)
Fármaco no especificado (n, %)	12 (5,8%)
Pauta de vancomicina (n, %)	
Estándar	153 (73,9%)
Extendida	6 (2,9%)

Tabla 1. Análisis descriptivo. m (media), DE (desviación estándar), Me (mediana), P25 (percentil 25), P75 (percentil 75).

Conclusiones

En nuestra cohorte, la recurrencia de ICD fue del 18%, siendo el único factor predictivo la presencia de ICD previa. No se observaron diferencias significativas entre fidaxomicina y

	Recurrencia ICD	No Recurrencia	p
Sexo (n, %)			
Hombre	13 (6,3%)	80 (38,8%)	0,243
Mujer	24 (11,65%)	89 (43,2%)	
Edad (n, %)	37 (17,9%)	170 (82,1%)	0,131
Índice de Charlson (rango medio)	103,89	104,02	0,990
Enfermedad Inflamatoria Intestinal (n, %)	0 (0%)	12 (100%)	0,130
Inmunosupresión (n, %)	6 (15%)	34 (85%)	0,765
Antibióterápia previa (n, %)	26 (19,5%)	107 (80,5%)	0,513
Hospitalización previa (n, %)	21 (18,8%)	91 (81,3%)	0,861
ICD previa (n, %)	6 (60%)	4 (40%)	0,03
Tratamiento prescrito (n, %)			
Vancomicina	30 (18,9%)	129 (81,1%)	0,400
Fidaxomicina	1 (7,7%)	12 (92,3%)	
Metronidazol	6 (26,1%)	17 (73,9%)	
Paula de vancomicina (n, %)			1,000
Estándar	28 (18,4%)	124 (81,6%)	
Extendida	1 (16,7%)	5 (83,3%)	

Tabla 2. Análisis bivariado.

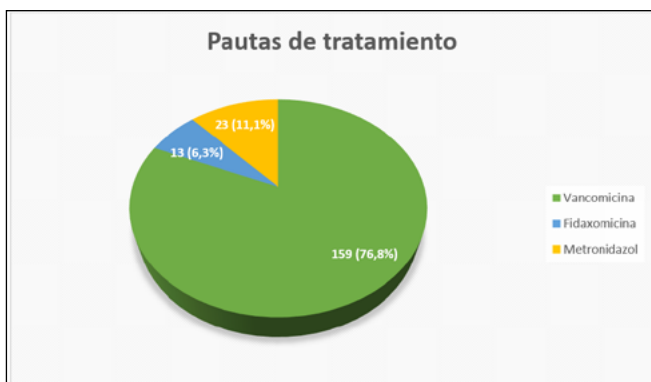


Figura 1. Pautas de tratamiento para la infección por C. difficile.

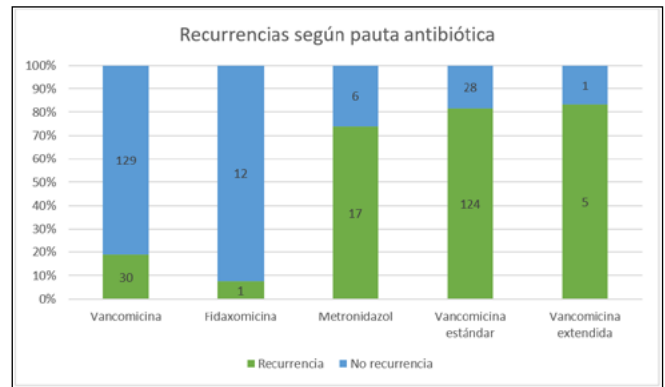


Figura 1. Recurrencias según antibióterápia elegida (p = 0,400). La forma de administración de vancomicina tampoco fue significativa (p = 1,000).

vancomicina, ni entre la administración estándar o extendida de esta, lo que sugiere que la vancomicina sigue siendo el tratamiento coste-efectivo de primera línea en nuestro entorno. Se precisan estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

CO-19. ABLACIÓN DEL ESÓFAGO DE BARRET MEDIANTE HYBRID-APC. SERIE PROSPECTIVA DE CASOS.

Herrería Fernández I, Ojeda Salvador M, Suárez Toribio A, García Fernández FJ, Martín Guerrero JM

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

El objetivo de este estudio es analizar la eficacia y seguridad del Hybrid-APC como método de ablación del esófago de Barret.

Material y métodos

El Hybrid-APC es una técnica combinada que consiste en la inyección submucosa de una solución salina y la posterior aplicación de APC pulsado a una potencia de 60W sobre la mucosa ectópica.

Se ha llevado a cabo un estudio observacional prospectivo de pacientes con esófago de Barret tratados mediante Hybrid-APC desde abril de 2024 a septiembre de 2025. Se realizaron sesiones cada 3 meses para evaluación y nueva sesión si procediera.

Para analizar la eficacia el objetivo principal es la erradicación completa del esófago de Barret. Además, se evalúa el porcentaje de reducción en longitud de la mucosa metaplásica. Otros parámetros evaluados son la tasa de efectos adversos mayores, definidos como perforación, sangrado, fiebre o estenosis, y la tolerabilidad, valorada mediante la presencia de dolor postprocedimiento o disfagia. Para valorar el dolor se utilizó la escala numérica del 0 al 10.

Resultados

Se incluyen 11 pacientes (18% mujeres, 82% hombres) con una edad media de 64 años (DE 9.44). Un 27.2% de los pacientes tenía un Nissen previo. La histología previa a las sesiones de Hybrid-APC era: 54.5% DBG, 36.4% DAG y 9.1% pT1a, que requirieron previamente disección submucosa en el caso del tumor pT1a y resección mucosa en los casos de DAG. Basalmente la distribución de la clasificación de Praga fue: C1.4 (0-4) y M 3.9 (1-6).

Variables	Sexo	Edad (años)	Nissen previo	Histología previa	Tratamiento previo
Resultados	Mujeres 2 (18%)	Media 64 DE 9.44	3 (27.2%)	DBG 6 (54.5%)	No
	Hombres 9 (82%)			DAG 4 (36.4%)	REM
				pT1a 1 (9.1%)	DES

DE: Desviación estándar; DBG: Displasia de bajo grado; DAG: Displasia de alto grado; REM: Resección endoscópica mucosa; DES: Disección endoscópica submucosa

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

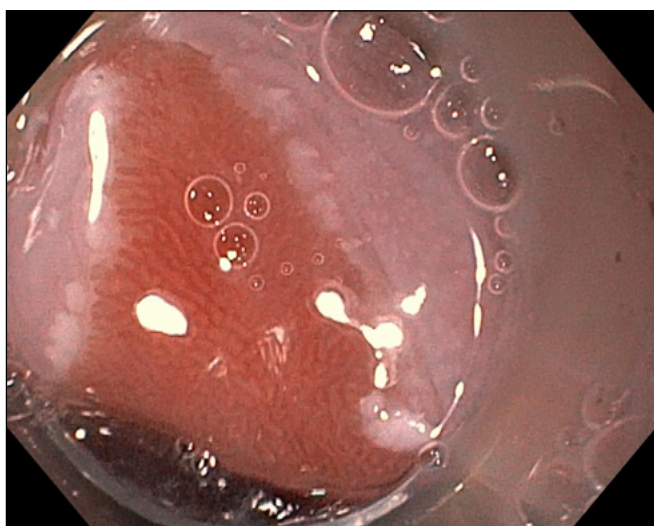


Figura 1. Esófago de Barret con displasia de alto grado visualizado bajo luz blanca.

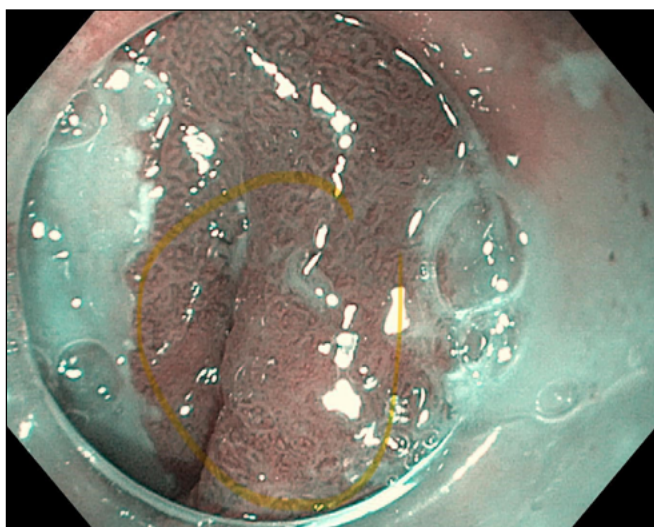


Figura 2. Esófago de Barret con displasia de alto grado visualizado con cromoendoscopia con NBI.

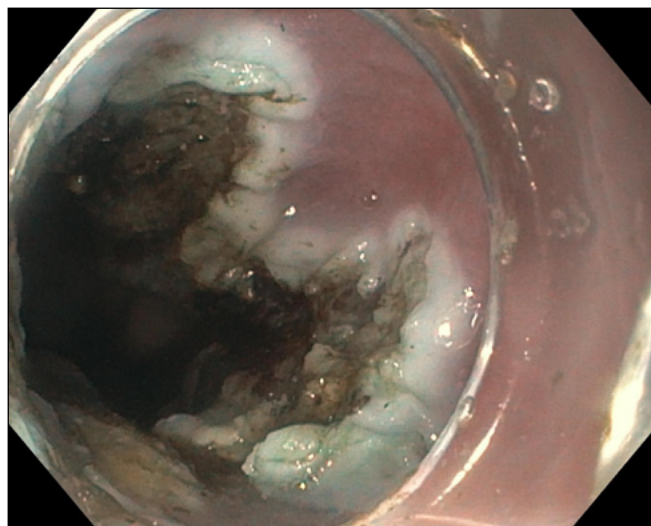


Figura 3. Esófago de Barret tratado con Hybrid-APC.

Se han revisado 10 pacientes. Se ha conseguido erradicación completa del esófago de Barret en el 50% de los pacientes, en un 40% de ellos con una sesión y en el resto con dos sesiones. En el 50% de los pacientes restantes se ha conseguido una reducción del 73% de la mucosa ectópica.

No se han registrado efectos adversos mayores. La puntuación media de dolor fue 2.55 (DE 3.07). 5 pacientes (45%) reportaron disfagia a algunos alimentos sólidos, 2 pacientes durante menos de 1 mes y 3 durante más de 1 mes; en un caso fue necesario adaptar la alimentación a dieta triturada durante 2 meses y otro ha requerido una sesión de dilatación endoscópica.

Conclusiones

El tratamiento con Hybrid-APC logró una reducción de la extensión de la mucosa metaplásica muy significativa tanto circunferencial como máxima, a la vez que mostró una tolerabilidad aceptable y ausencia de efectos adversos mayores. Puede ser difícil de ablatir del todo los últimos 0.5cm de mucosa metaplásica.

CO-20. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS A UN AÑO.

Lobo Lucena B, Valdés Delgado T, Van Der Wiel Fernández S, Maldonado Pérez MB, Belvis Jiménez MI, Argüelles Arias F

UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Los tratamientos biológicos, como ustekinumab, han demostrado eficacia y seguridad en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), si bien su elevado coste ha impulsado el desarrollo de biosimilares recientemente aprobados. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la efectividad y seguridad del biosimilar de ustekinumab en práctica clínica.

Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron pacientes con EIi tratados con el biosimilar de ustekinumab (Uzpruvo® 90 mg subcutáneo) en terapia de mantenimiento. Se analizó la remisión clínica y biológica tras el switch al biosimilar de forma prospectiva. Se consideró remisión clínica un índice de Harvey-Bradshaw (IHB) ≤ 4 para enfermedad de Crohn (EC) y un índice parcial de Mayo (IpM) ≤ 2 para colitis ulcerosa (CU). Se consideró remisión biológica un valor de calprotectina fecal (CF) < 250 µg/g y una proteína C reactiva (PCR) < 5 mg/L.

Resultados

Se incluyeron 79 pacientes con EIi que realizaron la transición de ustekinumab original (Stelara®) a su biosimilar (Uzpruvo®) en terapia de mantenimiento. Las características basales de los pacientes se resumen en las tablas 1 y 2. Los resultados se analizaron mediante la prueba de Friedman para muestras relacionadas con análisis de la varianza de dos factores por rangos sin observar diferencias estadísticamente significativas post-switch (Tabla 3).

	N=79	%
Enfermedad		
Colitis ulcerosa	12	15.2
Enf Crohn	67	84.8
Sexo		
Hombre	39	49.4
Mujer	40	50.6
Tto. Previo con IS	70	88.6
Corticoterapia previa	72	92.3
Cirugía previa	34	43.0
Fumador activo	19	24.1
Pauta inducción		
130 mg IV	1	1.3
260 mg IV	13	16.5
390 mg IV	53	67.1
520 mg IV	12	15.2
Pauta mantenimiento		
90 mg cada 4s	13	16.5
90 mg cada 5s	1	1.3
90 mg cada 6s	7	8.9
90 mg cada 8s	55	69.6
90 mg cada 12s	3	3.8

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

En cuanto a la remisión clínica, en EC, la mediana del IHB con ustekinumab original fue de 4 (IQR 3-5), descendiendo incluso a 3 (IQR 2-4) con ustekinumab biosimilar con (p= 0.006). En CU, la mediana de IpM fue de 3 (IQR 1-3.3) con Stelara®, manteniéndose en 2 (IQR 0.8-4) con el biosimilar (p >0.999) (Figura 1). Respecto a la respuesta biológica, la mediana de CPF pre-switch fue de 135.5 µg/g (IQR 45-374) y post-switch se mantuvo en 112 µg/g (IQR 56-260) (p >0.999). Con los valores de la PCR tampoco hubo diferencias (Figura 2). El tiempo de seguimiento fue de 1 año y

	N	Media	DE	Mínimo	Máximo	Mediana	RIQ
Edad	79	49	13,5	24	85	48	41-56.5
HBI_0	65	4,5	2,2	1	13	4	3-5
Mayo_0	10	2,9	1,2	1	5	3	3-3
PCR_0	70	9,4	15,7	0	93	3	1-8
CPF_0	70	310,4	553,5	0	2903	112,5	48,5-261

Tabla 2. Características basales de los pacientes.

	N	Momento 0				Momento 1				p	Pruebas post-hoc		
		Mediana	DE	RIQ	Mediana	DE	RIQ	Basal-0	Basal-1		0-1		
HBI	65	4.3	2.4	3-5	3.3	2.6	2-4	<0.001	<0.001	<0.001	0.006		
Mayo	10	2.6	1.5	1.0-3.3	2.2	1.8	0.8-4.0	>0.999	0.011	0.016	>0.999		
CPF	70	381.4	631.0	135.5-45-374	328.0	653.0	56-260	>0.999	<0.001	<0.001	>0.999		
PCR	70	11.8	21.0	1.0-12.8	9.1	16.7	1-7	>0.999	<0.001	<0.001	>0.999		

Tabla 3. Resultados tras el switch de ustekinumab original al biosimilar.

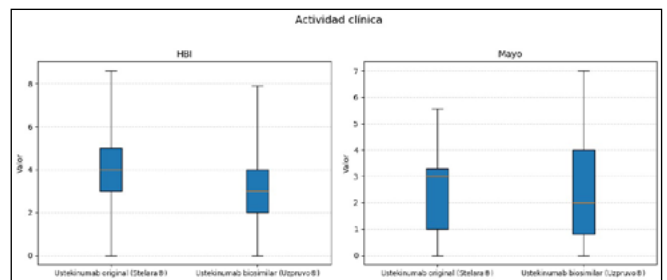


Tabla 1. Comparación de actividad clínica tras el switch de ustekinumab original a su biosimilar.

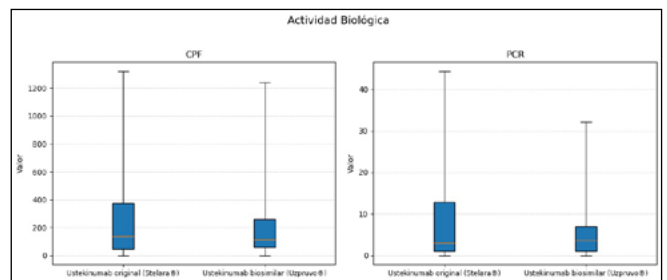


Tabla 1. Comparación de actividad biológica tras el switch de ustekinumab original a su biosimilar.

no se registraron efectos adversos graves ni clínicos ni locales en la zona de inyección del fármaco.

Conclusiones

En nuestro trabajo los pacientes con EIi en tratamiento con ustekinumab (Stelara®) que realizan el switch al biosimilar de ustekinumab (Uzpruvo®) mantienen la remisión clínica y biológica con el mismo perfil de seguridad y tolerancia. Estos resultados, convierten al biosimilar en una opción válida y bien aceptada, con el ahorro de costes evidente.