

CO-21. CAMBIOS DINÁMICOS EN LA RESPUESTA CLÍNICA A CORTICOIDES EN COLITIS ULCEROSA

Orti Cuerva M¹, Mirabent Moreno C¹, Valenzuela García MA¹, Valdivia Krag C², Benítez Cantero JM¹, Soto Escribano P¹, Marín Pedrosa S¹, Iglesias Flores EM¹, Gros B¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ²UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

Los corticosteroides han sido fundamentales en el manejo de los brotes de colitis ulcerosa (CU), sin embargo, muchos pacientes no responden o se vuelven dependientes de corticosteroides. La evolución de la respuesta clínica a lo largo de ciclos sucesivos de tratamiento sigue estando poco explorada. Este estudio tuvo como objetivo analizar la dinámica de la respuesta a corticosteroides a lo largo del tiempo e identificar los factores asociados.

Material y métodos

Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó pacientes adultos con CU diagnosticados entre 1975 y 2023 y tratados con ≥ 2 ciclos de corticosteroides. La respuesta se definió según los criterios del Partial Mayo Score (PMS). Las transiciones entre estados de respuesta a lo largo de los ciclos se modelaron utilizando un enfoque de Markov para estimar probabilidades e identificar factores asociados con la respuesta.

Resultados

De 571 pacientes con CU, 201 (35,2%) habían recibido ≥ 2 cursos de corticosteroides y fueron incluidos. Durante una mediana de seguimiento de 9,8 años (IQR 6,4–21,3) hubo 899 ciclos de corticosteroides (708 [78,8%] con prednisona). Durante el seguimiento, 89 pacientes (44,3%) experimentaron falta de respuesta en algún momento y 84 (41,8%) desarrollaron dependencia a esteroides. La probabilidad de mantener un estado de “no respuesta” a lo largo de los ciclos de corticosteroides fue de 37,8% (29,6–46,8%), mientras que la persistencia de respuesta completa fue de 79,5% (IC95% 75,5–82,9%). Se identificaron infecciones entéricas intercurrentes en 23 (11,4%) pacientes y se asociaron con falta de respuesta a corticosteroides durante ese brote. El uso de beclometasona se asoció con falta de respuesta en el primer ciclo en comparación con la prednisona (OR 8,70; IC95% 3,65–20,71). La presencia de manifestaciones extraintestinales (OR 5,34; IC95% 1,39–20,45) y una mayor extensión de la enfermedad (OR 1,57; IC95% 1,05–2,35) fueron predictores de respuesta completa a corticosteroides a lo largo de los ciclos de corticosteroides.

N=201	
Edad al diagnóstico, mediana (IQR)	32,5 (23,9–48,4)
Sexo, hombre, n (%)	106 (52,7%)
Fumadores, n (%)	23 (11,4%)
Extensión de la enfermedad, n (%)	
- Proctitis (E1)	34 (16,9%)
- Colitis izquierda (E2)	81 (40,3%)
- Pancolitis (E3)	86 (42,8%)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	13 (6,5%)
- Articulares	8 (4%)
- Oculares	1 (0,5%)
- Cutáneas	2 (1%)
- Más de una manifestación	2 (1%)
Terapia avanzada	117 (58,2%)
Inmunosupresores	79 (39,3%)
Ciclos de corticoides	899 (100%)
-Prednisona	708 (78,8%)
-Beclometasona	191 (21,2%)

Tabla 1. Características de los pacientes.

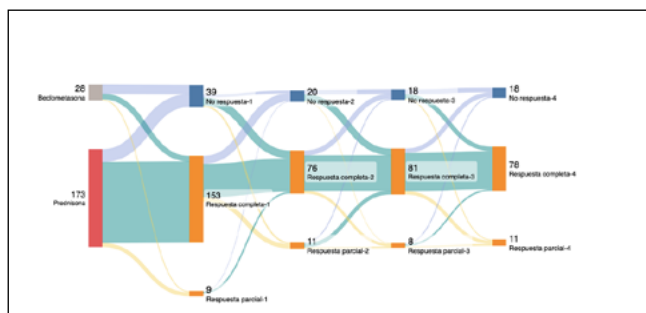


Figura 1. Diagrama de Sankey sobre la dinámica de respuesta a corticoides.

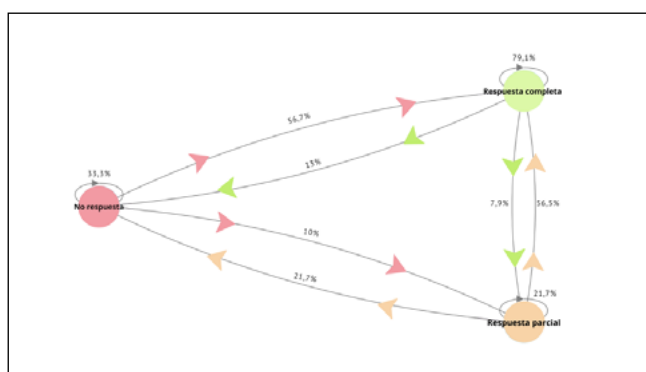


Figura 2. Modelo de Markov de transición entre estados de respuesta a corticoides.

Conclusiones

La respuesta a corticosteroides en la CU es un fenómeno dinámico. Más de un tercio de los no respondedores permanecen sin respuesta en ciclos posteriores. Las manifestaciones extraintestinales, el tipo de corticosteroide y una mayor extensión de la enfermedad se asocian con una mayor probabilidad de respuesta clínica a corticosteroides.

CO-22. CRIBADO DE HEPATITIS VIRALES Y VINCULACIÓN A LA ASISTENCIA SANITARIA EN POBLACIÓN VULNERABLE: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROYECTO COMUNITARIO.

Luque Millán B¹, Camelo Castillo A¹, Picón Marín C², Rodríguez Maresca M³, Sierra García F⁴, Casado Martín M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²CENTRO CRUZ ROJA. ALMERÍA. ³SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ⁴SERVICIO FARMACIA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Las hepatitis virales, especialmente las causadas por el virus de la hepatitis C (VHC) y B (VHB), continúan representando un importante problema de salud pública global. En España, a pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, la identificación de casos en poblaciones vulnerables (como personas sin hogar, inmigrantes y refugiados) sigue siendo un desafío relevante. Estas poblaciones presentan barreras adicionales para el acceso a servicios de salud, por lo que las estrategias de cribado y vinculación a la atención resultan fundamentales para avanzar hacia la eliminación de estas enfermedades.

Nuestro objetivo es determinar la seroprevalencia y la tasa de infección activa por VHC y VHB en poblaciones vulnerables atendidas por una ONG local.

Material y métodos

El proyecto incluye personas vulnerables (sin hogar, inmigrantes, refugiados). Se utilizan kits de diagnóstico rápido en saliva y sangre capilar: OraQuick® para anticuerpos anti-VHC y Akratest® para antígeno de superficie del VHB (HBsAg).

A todos los pacientes positivos para anti-VHC, se les toma una segunda muestra mediante técnica de dried blood spot (DBS) para análisis de viremia en el sistema cobas® 6800 del laboratorio hospitalario.

Todos los pacientes con infección activa son derivados de forma inmediata a la consulta de hepatología. La vinculación se garantiza mediante una estrategia de externalización del tratamiento, asegurando seguimiento clínico hasta alcanzar la respuesta viral sostenida (RVS) para VHC o supresión viral para VHB.

Resultados

Durante el período comprendido entre febrero de 2024 y abril de 2025 (14 meses), se cribaron un total de 448 personas frente al VHC, con una edad promedio de 39 años y el 65% eran hombres. Se detectaron anti-VHC en 12 personas (2,68%), con una edad media de 47 años; el 75% eran hombres. De ellas, 5 presentaron ARN-VHC detectable (1,12%).

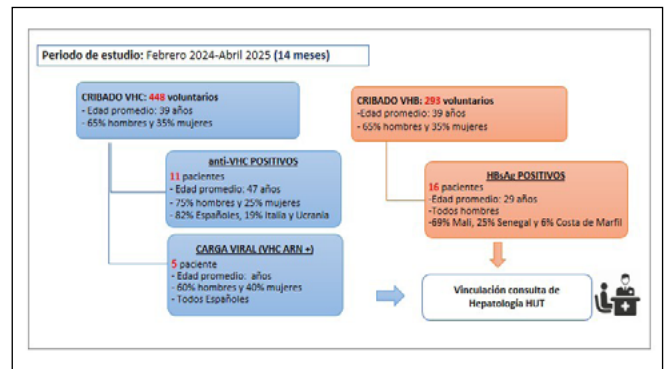


Figura 1. Características de los pacientes.

Respecto al VHB, se realizó la determinación de HBsAg en 293 participantes, de los cuales 17 resultaron positivos (5,80%).

Todos los pacientes con resultado positivo fueron derivados de forma inmediata a la consulta de hepatología, donde se solicitaron pruebas complementarias analíticas y de imagen. Además, se indicó la realización de serología y profilaxis para sus convivientes, así como la vacunación frente al VHB en aquellos casos en los que se consideró necesario.

Conclusiones

La seroprevalencia encontrada hasta el momento en población vulnerable es mayor que la descrita en población general Española. Nuestros resultados preliminares subrayan la importancia de las estrategias de cribado, vinculación a la atención y tratamiento en estas poblaciones, así como la necesidad de implementar medidas preventivas comunitarias si fuese necesario.

CO-23. EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE CLENSIA EN LA PREPARACIÓN DE LA COLONOSCOPIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO.

López Muñoz M, García Márquez N, Valdés Delgado T, Caunedo Álvarez Á, Rodríguez Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Una adecuada preparación intestinal es esencial para el éxito diagnóstico de la colonoscopia. Clensia es una nueva solución oral de bajo volumen basada en polietilenglicol (PEG) y simeticona que pretende mejorar la limpieza colónica y la tolerancia del paciente, pero su evidencia publicada en la literatura actual es muy limitada.

El objetivo del estudio es evaluar la calidad de la limpieza colónica y la tolerancia a la preparación con Clensia, así como sus efectos adversos. Además, se analizó la posible influencia de algunas variables sobre la preparación colónica y la presencia de burbujas en la exploración.

Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico que incluyó pacientes ingresados y ambulatorios sometidos a una colonoscopia tras la preparación con Clensia. Se analizó la tasa de éxito de limpieza colónica definida como una puntuación en la Escala de Boston ≥ 6 (excluyendo puntuaciones < 2 en cualquier tramo) y se evaluó la tolerancia mediante un formulario con cuatro ítems (Figura 1), considerando adecuada tolerancia una puntuación total $\geq 13/20$.

Responda, por favor, las siguientes preguntas marcando con una "x":

❖ En cuanto a la tolerancia de la preparación, responda a las siguientes preguntas:

➤ ¿Cómo fue el grado de tolerancia al tomar la preparación?

1 (Intolerable) 3 (Poco Tolerable) 5 (Tolerable)
 2 (Muy poco tolerable) 4 (Parcialmente Tolerable)

➤ El sabor de la preparación prescrita fue:

1 (Intolerable) 3 (Poco Tolerable) 5 (Tolerable)
 2 (Muy poco tolerable) 4 (Parcialmente Tolerable)

➤ ¿Cómo fue su experiencia general a la ingesta de la preparación colónica?

1 (Intolerable) 3 (Poco Tolerable) 5 (Tolerable)
 2 (Muy poco tolerable) 4 (Parcialmente Tolerable)

➤ ¿Repetiría una futura colonoscopia con el mismo evacuante intestinal?

1 (Nunca jamás) 3 (No me importaría) 5 (Por supuesto)
 2 (No, si puedo evitarlo) 4 (Sin problema)

Figura 1. Cuestionario de tolerancia a la preparación con Clensia

Además, se analizó mediante regresión logística la influencia de las variables independientes (sexo, turno de colonoscopia, ambulatorio/ingresado, primera colonoscopia, tolerancia) sobre la tasa de éxito limpieza colónica. Por último, se estudió la presencia de efectos adversos y contenido bilioso/espumoso en la exploración.

Resultados

Se incluyeron 115 pacientes con edad media de 63 ± 10.6 años, el 89.6% (103/115) de las exploraciones fueron ambulatorias y el 55.7% (64/115) diurnas (Tabla 1).

La puntuación media de la Escala de Boston fue 7.6 ± 1.5 , con una media de Boston por tramos superior a 2 (Tabla 2). En el 86.1% (99/115) se logró una limpieza colónica exitosa y en el 86.1% (99/115) la preparación fue bien tolerada (Figura 2). No hubo efectos adversos (EA) graves, el 24.3% (27/115) tuvo algún EA leve, sin conllevar suspender la preparación. En el análisis multivariante, ninguna variable mostró influencia estadísticamente significativa sobre la tasa de éxito de limpieza colónica.

En el 84% (73/115) no se encontró contenido bilioso/espumoso; entre quienes sí lo presentaron, en el 77.4% (24/31) no condicionó una exploración más larga (Tabla 3).

Tabla 1. Características basales	
Variables	Pacientes (n=115)
Sexo (hombres), n (%)	64 (55.7)
Edad (años), media (DE)	62.9 (10.6)
Grupo de edad, n (%)	
< 65 años	61 (53)
≥ 65 años	54 (47)
Turno de colonoscopia, n (%)	
Mañana	64 (55.7)
Tarde	51 (44.3)
Tipo de paciente, n (%)	
Ambulatorio	103 (89.6)
Ingresado	12 (10.4)
Primera colonoscopia, n (%)	
Si	67 (58.3)
No	48 (41.7)
Líquidos extras, n (%)	
Nada	14 (12.2)
< 1 L	12 (10.4)
1-2 L	41 (35.7)
> 2 L	48 (41.7)
Cumplimiento dieta adecuado*, n (%)	
Si	104 (90.4)
No	11 (9.6)

Tabla 1. Características basales. * Considerando un cumplimiento adecuado: Dieta sin residuos 3 días antes de la exploración y 24 horas antes de la misma DIETA LÍQUIDA.

Tabla 2. Escala de Boston	
Tramos	Pacientes (n=115)
Colon Derecho (CD), media (DE)	2.4 (0.7)
Colon Transverso (CT), media (DE)	2.6 (0.6)
Colon Izquierdo (CI), media (DE)	2.6 (0.6)
CD+CT+CI, media (DE)	7.6 (1.5)

Tabla 2. Escala de Boston.

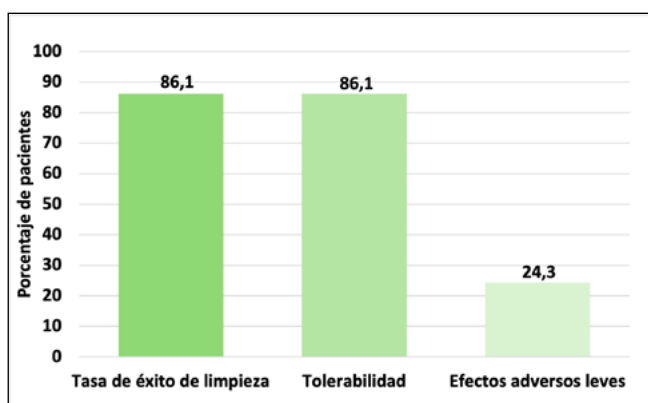


Figura 2. Porcentaje de tasa de éxito de limpieza, tolerabilidad y efectos adversos leves.

Tabla 3. Valoración contenido espumoso	
Variables	Pacientes (n=115)
Presencia de contenido bilioso/ espumoso, n (%)	
Sí	31 (27.0)
No	84 (73.0)
En caso afirmativo, ¿resultó en una exploración más larga?, n (%)	
Sí	7 (22.6)
No	24 (77.4)
En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo extra supuso?, n (%)	
Menos de 5'	16 (66.7)
5-10'	7 (29.2)
10-15'	1 (4.2)

Tabla 3. Valoración del contenido espumoso.

Conclusiones

La preparación con Clensia demostró ser efectiva en la limpieza del colon, cumpliendo los estándares necesarios para una colonoscopia de calidad, añadiendo la ausencia de burbujas. Además, fue bien tolerada, lo que la convierte en una opción válida y bien aceptada como preparación intestinal.

CO-24. ASOCIACIÓN DE LA INFLAMACIÓN ENDOSCÓPICA REPETIDA CON LA DISPLASIA Y EL CÁNCER COLORRECTAL EN LA COLITIS ULCEROSA

Jiménez Recio L¹, Valdivia Krag C², Mirabent Moreno C¹, González Castilla ML³, Benítez Cantero JM¹, Marín Pedrosa S¹, Soto Escribano P¹, Iglesias-Flores E¹, Gros B¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED. OSUNA, SEVILLA.

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) se asocia con un incremento del riesgo de displasia y cáncer colorrectal (CCR), principalmente relacionado con la inflamación mucosa persistente. Aunque la carga inflamatoria acumulada es un factor de riesgo reconocido, el papel específico de la inflamación endoscópica repetida y la influencia de las terapias avanzadas requieren mayor esclarecimiento. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre la inflamación endoscópica acumulada y el riesgo de displasia o CCR en pacientes con CU.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en pacientes adultos con CU diagnosticados entre 1975 y 2023 en un centro de referencia en enfermedad inflamatoria intestinal. Se analizaron colonoscopias seriadas mediante la extensión de Andersen–Gill del modelo de regresión de Cox. Para reducir el sesgo de confusión, se aplicó un Propensity Score Matching (PSM) 1:2 considerando edad al diagnóstico, sexo, hábito tabáquico, duración y extensión de la enfermedad.

Resultados

Se incluyeron 571 pacientes con un total de 1614 colonoscopias. El 53,2% fueron varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 39,5 años (IQR 27,3–54,2) y un seguimiento mediano de 7,1 años (IQR 3,7–13,3). En el momento del diagnóstico, el 25,7% presentaban proctitis, el 35,6% colitis izquierda y el 33,5% colitis extensa. Durante el seguimiento, 56 pacientes (9,8%) desarrollaron displasia o CCR. El 26,8% recibió terapias avanzadas.

En la cohorte PSM (n=123), la inflamación endoscópica repetida medida a través del índice de Mayo endoscópico (HR ajustado 1,60; IC95%: 1,08–2,37; p=0,019), los antecedentes familiares de CCR (HR ajustado 1,52; IC95%: 1,01–2,29; p=0,039) y la exposición a terapias avanzadas (HR ajustado 2,05; IC95%: 1,39–3,01; p<0,001) se asociaron significativamente con mayor riesgo de displasia/CCR.

	N=571	No displasia/CCR		p
		515 (90,2%)	56 (9,8%)	
Varón, n (%)	304 (53,2)	262 (50,9)	42 (75)	<0,001
Edad al diagnóstico, mediana (IQR), años	39,5 (27,3-54,2)	36,2 (25,9-49,5)	41,6 (28,5-56,2)	<0,001
Extensión de la enfermedad, n (%)				
-Proctitis (E1)	147 (25,7)	127 (24,1)	20 (35,7)	0,808
- Colitis izquierda (E2)	203 (35,6)	182 (35,3)	21 (37,5)	
-Colitis extensa (E3)	191 (33,5)	178 (34,6)	13 (23,2)	
*Datos faltantes: n=28				
Índice de Mayo endoscópico al diagnóstico, n (%)				
-Leve (Mayo 1)	83 (14,3)	68 (13,2)	15 (26,8)	0,106
-Moderado (Mayo 2)	279 (47,9)	256 (49,7)	23 (41,1)	
-Grave (Mayo 3)	108 (18,6)	96 (18,6)	11 (19,6)	
*Datos faltantes: n=102				
Tabaquismo, n (%)				
-Sí	65 (13,9)	56 (13,4)	9 (18,4)	0,616
-Exfumador	85 (18,2)	76 (18,1)	9 (18,4)	
-Nunca fumador	318 (67,9)	287 (61,3)	31 (6,8)	
* Datos faltantes: n=91				
Milis al diagnóstico, n (%)	40 (7)	30 (7,4)	2 (3,6)	0,887
* Datos faltantes: n=3				
Tipo de MEI, n (%)				
- Ocular	3 (0,5)	2 (1)	1 (0,3)	0,213
- Oral	2 (0,3)	2 (0,4)	0 (0)	
- Articular	7 (1,2)	7 (1,4)	0 (0)	
- Hepática	23 (4)	22 (4,3)	1 (0,3)	
- Más de 1	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)	
Terapia avanzada, n (%)	152 (26,8)	142 (27,7)	10 (17,9)	0,113

Tabla 1. Características de la cohorte completa.

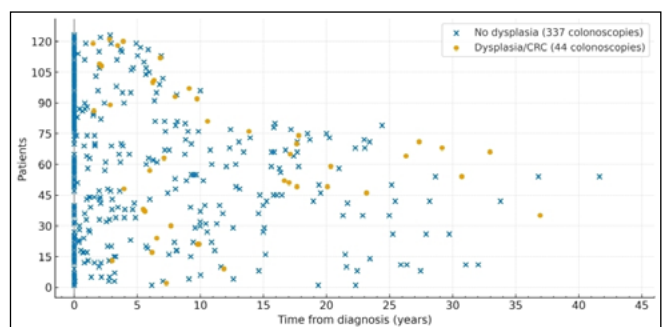


Figura 1. Número total de colonoscopias por paciente con o sin displasia en la cohorte tras Propensity Score Matching.

Conclusiones

En pacientes adultos con CU, la inflamación endoscópica repetida, los antecedentes familiares de CCR y la exposición a terapias avanzadas se asocian con un incremento del riesgo

N=123	PSM displasia/CCR		PSM No displasia/CCR		p
	41 (33,3%)	82 (66,7%)	41,6 (28,5-56,2)	82 (66,7%)	
Varón, n (%)	80 (71,5)	29 (72)	59 (70,7)		0,000
Edad al diagnóstico, mediana (IQR), edad	48,3 (35,6-59,0)	36,2 (25,9-49,5)	41,6 (28,5-56,2)		0,372
Extensión al diagnóstico, n (%)					
-Proctitis (F1)	30 (30,9)	12 (29,3)	26 (31,7)		0,914
-Colitis izquierda (E2)	46 (37,4)	15 (36,8)	31 (37,8)		
-Pancolitis (E3)	39 (31,7)	14 (34,1)	25 (30,5)		
Índice de Mayo endoscópico al diagnóstico, n (%)					
-Leve (Mayo 1)	24 (14,3)	8 (22,2)	16 (23,9)		0,797
-Moderado (Mayo 2)	53 (47,9)	18 (50)	35 (52,7)		
-Grave (Mayo 3)	26 (18,6)	10 (27,8)	16 (23,9)		
Tiempo desde el diagnóstico (IQR), años	14,6 (0,0-22,4)	11,3 (7,3-23,5)	16,0 (8,6-22,3)		0,065
Número total de colonoscopias (IQR)	3 (2-5)	4 (2-5,5)	3 (2-4)		0,036
Número de colonoscopias con actividad (IQR)	2 (1-3)	2 (1-4)	2 (1-3)		0,593
Tabaquismo al diagnóstico, n (%)					
-Sí	20 (16,3)	7 (17,1)	13 (15,9)		0,863
-No	103 (83,7)	34 (82,9)	69 (84,1)		
MFI al diagnóstico, n (%)	11 (8,9)	1 (2,4)	10 (12,2)		0,074
Terapia avanzada, n (%)	36 (29,3)	11 (26,9)	25 (30,5)		0,674
Historia familiar de CCR, n (%)	17 (14,1)	8 (20)	9 (11,5)		0,215

CCR, cáncer colorrectal, MEIs manifestaciones extraintestinales, IQR, rango intercuartilico, PSM, Propensity Score Matching.

Tabla 2. Características de la cohorte tras PSM.

	Univariante			Multivariante		
	HR	95% IC	p	HR	95% IC	p
Edad a la colonoscopia	0,987	0,975-1,000	0,047	0,994	0,981-1,007	0,381
Sexo femenino	0,932	0,633-1,373	0,723			
Extensión de la enfermedad	1,128	0,904-1,407	0,285			
Tabaquismo	1,161	0,724-1,863	0,535			
Historia familiar de CCR	1,535	1,026-2,295	0,037	1,518	1,006-2,290	0,047
Pseudopolipos	1,123	0,620-2,036	0,702			
Inflamación macroscópica	1,713	1,172-2,505	0,005	1,600	1,082-2,388	0,019
Inflamación microscópica*	0,000	-	-			
Progresión de la enfermedad	0,962	0,615-1,503	0,863			
Terapia avanzada	2,348	1,612-3,419	<0,001	2,048	1,392-3,013	<0,001

Tabla 3. Análisis de Andersen-Gill Cox univariable y multivariable de los factores asociados con el desarrollo de displasia o cáncer colorrectal en pacientes con colitis ulcerosa.

de desarrollar displasia o cáncer colorrectal. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un control estricto de la inflamación y de una vigilancia endoscópica individualizada.

CO-25. REINTRODUCCIÓN DE ANTICOAGULACIÓN EN HDA: EL PAPEL DE LA HEPARINA EN LA REINTRODUCCIÓN PRECOZ.

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

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

Introducción

Le hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las patologías digestivas más frecuente. El uso de fármacos anticoagulantes es un factor de riesgo para la misma. La suspensión y el momento temporal de la reintroducción de estos fármacos es un tema controvertido. Se ha descrito una reducción de los eventos tromboembólicos en pacientes con una reintroducción precoz del fármaco, aunque con un mayor riesgo de resangrado.

Una práctica habitual es la reintroducción de la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM). La evidencia al

respecto es escasa, existiendo dudas sobre si la reintroducción de la anticoagulación con HBPM previene el uso de eventos tromboembólicos en este contexto y sobre su papel en el resangrado.

El objetivo de este estudio es analizar el efecto de la reintroducción de HBPM frente a la reintroducción directa de anticoagulante oral en paciente anticoagulados con HDA.

Material y métodos

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo que incluye a pacientes con HDA admitidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves desde 2013 a 2023. De un total de 1517 pacientes se seleccionaron aquellos que estaban bajo tratamiento anticoagulante en los que este se suspende al ingreso. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS 26.

Resultados

Se incluyeron un total de 244 pacientes. El grupo 1 (n=98) lo constituyen aquellos pacientes en los que se reintroduce el anticoagulante oral y el grupo 2 (n=146), aquellos con reintroducción inicial con HBPM.

La edad media fue de 74 años en ambos grupos, en el grupo 2 había una mayor proporción de varones (63,7% vs 56,7%) aunque sin diferencias significativas. La reintroducción de una terapia anticoagulante fue más precoz en el grupo 2. El resto de características basales se exponen en la tabla 1.

Variable	Grupo 1 (reintroduce Anticoagulante)	Grupo 2 (Terapia HBPM)	P
Sexo Varón	54 (53,97%)	93 (63,7%)	0,194
Edad	74,39 +/- 11,8	74,71 +/- 11,11	0,896
HTA	60 (62,5%)	98 (67,1%)	0,516
Diabetes	31 (32%)	56 (38,4%)	0,308
Tabaco	15 (17%)	23 (15,6%)	0,773
Alcohol	8 (9,1%)	17 (12,3%)	0,451
EPOC	16 (16,5%)	23 (15,8%)	0,877
SAOS	11 (11,3%)	10 (6,8%)	0,222
IC	25 (25,8%)	52 (35,6%)	0,183
ERC	30 (30,9%)	40 (27,4%)	0,554
TVP previa	12 (19,7%)	20 (23,8%)	0,553
FA	69 (70,1%)	108 (74%)	0,541
Ictus previo	7 (7,2%)	13 (8,9%)	0,639
IBP	40 (51,9%)	72 (49,3%)	0,708
Antiagregantes	12 (12,4%)	19 (13%)	0,883
Tiempo hasta reintroducción anticoagulante	3,9 +/- 5,082	2,8 +/- 3,7	0,086
Reintroducción en <24h	35 (35,7%)	(56,2%)	0,002
MAPASH>=2	64 (81%)	105 (84,7%)	0,495
CHA2DS2-VASc	3 (+/- 2)	4 (+/- 2)	0,126
ASA>2	84 (86,6%)	134 (91,8%)	0,193
Sangrado activo	28 (28,9%)	43 (29,5%)	0,922
Terapia Endoscópica	39 (40,2%)	68 (46,6%)	0,327

Tabla 1. Características Basales.

La tasa de hemorragia fue mayor para el grupo 2 de forma estadísticamente significativa (13,7% vs 31,7%, p=0,002).

El resto de las variables resultado de interés se exponen en la tabla 2.

Variable	Grupo 1	Grupo 2	P
Resangrado	10 (10,3%)	12 (8,2%)	0,578
Mortalidad aguda	6 (6,4%)	5 (3,4%)	0,290
Causa mortalidad distinta a Hemorragia	4 (66,7%)	3 (66 %)	0,299
Mortalidad 6 meses	11 (11,7%)	21 (14,6%)	0,524
Eventos cardiovasculares a 6 meses	15 (15,8%)	26 (18,2%)	0,632
Eventos hemorrágicos a 6 meses	13 (13,7%)	45 (31,7%)	0,002

Tabla 2. Características Basales.

El análisis multivariante para los eventos hemorrágicos en los primeros 6 meses, encontró como único factor de riesgo el empleo de terapia con heparina (OR 2,18; p=0,013).

Conclusiones

La reintroducción de anticoagulación con heparina, pese a suponer una reintroducción más precoz de la anticoagulación, no ha demostrado disminuir la mortalidad o la tasa de eventos tromboembólicos en pacientes anticoagulados con HDA. Sin embargo, podría aumentar la tasa de hemorragia, por lo cual deberíamos replantear su uso de forma rutinaria tras suspender la anticoagulación basal, en la HDA.