

**Resultados**

Nuestro modelo hizo un pronóstico correcto en el 94% de los sujetos tratados. Usando las puntuaciones obtenidas en las escalas BASAL y WEEK, la terapia dual podría haber sido suspendida en la 1ª semana en el 21% sujetos (potencial ahorro 164971 €) y en la 4ª semana tras aplicar la escala MONTH: potencial ahorro 227820 € en otro 25% adicional). El ahorro total que se hubiera alcanzado: 376991 €, gracias a la suspensión precoz de la terapia dual.

**Conclusiones**

Las escalas Onuba podrían ser potentes y costo-eficientes herramientas para pacientes CHC-1. La implantación de éstas en la práctica clínica probablemente generaría un significativo ahorro de recursos sanitarios, definiendo en las primeras semanas de terapia, cuáles se curaran con terapia dual, ahorrando recursos, y evitando interacciones, resistencias y costes innecesarios.

#### 14. IMPORTANCIA DE LA INTOLERANCIA DE HIDROCARBONADOS LACTOSA, FRUCTOSA Y SORBITOL EN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA, DISTENSIÓN Y/O DOLOR ABDOMINAL

A. Martínez- Alcalá1, F. Martínez- Alcalá1, C. Martínez- Alcalá1, JM Perez1, C. Almeida2, F. Martínez1

1CENTRO ANDALUZ DE GASTROENTEROLOGÍA INTEGRAL, SEVILLA.  
2BIOESTADÍSTICA. UNIDAD DE ESTADÍSTICA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN FISEVI. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

**Introducción**

Las diarreas crónicas acompañadas de distensión y/o dolor abdominal se estima que afecta hasta el 30% de la población y motivan la realización de numerosos estudios consumiendo una gran cantidad de recursos. Entre el 12 y el 28% según las series están relacionadas con intolerancia a la lactosa.

**Objetivos**

Evaluar la incidencia de intolerancia hidrocarbonada a lactosa, fructosa y sorbitol en pacientes con diarreas, dolor y/o distensión abdominal.

**Método**

Hemos estudiado 100 pacientes con esta sintomatología realizándoles el estudio de intolerancia hidrocarbonada mediante test de H2 espirado tras la sobrecarga oral del carbohidrato correspondiente. Valoramos diagnósticos de EII, SII, cirugía digestiva previa tratamientos ansiolíticos/antidepresivos, IBP, hormonas tiroideas, proquinéticos y consumo de alcohol y tabaco.

**Resultados**

El 43 % de los pacientes presentaban intolerancia a lactosa, el 34 % a sorbitol y el 20% a fructosa. Los pacientes en tratamiento con IBP han presentado una mayor incidencia de intolerancia a la lactosa (53% frente al 38%) Entre los paciente que presentaban Test lactosa positivo (TLP) el 45 % presentaban además test de sorbitol positivo y un 30% presentaron el test de fructosa positivo.

**Conclusiones**

Observamos una incidencia significativa de intolerancia hidrocarbonada no solo a lactosa sino también a fructosa y sorbitol. Por lo que parece indicado su estudio en este grupo de pacientes. En nuestra serie la incidencia de intolerancia a la lactosa es superior en el subgrupo tratado con IBP.

## COMUNICACIONES ORALES

### Sesión General III

#### 15. REGULACIÓN DE LA SEÑAL DE MUERTE CELULAR POR SORAFENIB EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR. PAPEL DE LOS GENES DE LA FAMILIA DE P53.

AJ De la Rosa1, AM Baturone1, ML Portero1, J Herrerías1, S Pereira1, L Barrera2, M Rubio2, V Gómez2, G Jiménez2, J Tinoco2, D Aparicio2, J Ramírez3, JM Alamo2#, C Bernal2, J Serrano2, G Suárez2, LM Marín2, JL Márquez4, MA Gómez2#, FJ Padillo2#, J Muntané2#

1INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS). HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

2DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL. INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS), HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

3DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS), HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

4SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS), HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DEL ROCÍO"/CSIC/ UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

#CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD).

**Objetivos**

Sorafenib es un inhibidor multiquinasa que reduce la proliferación y angiogenesis tumoral. El estudio evalúa la actividad pro-apoptótica de Sorafenib.

**Métodos**

Se utilizaron muestras de hepatocarcinoma (HCC) de diversas etiologías, así como diversas estrategias experimentales in vitro e in vivo para evaluar el efecto de Sorafenib en la señal de

muerte celular. El papel de p53/p63/p73 se determinó mediante experimentos de sobreexpresión e interferencia celular.

### Resultados

Se incluyeron 267 pacientes: 111 en el grupo FCM (42% mujeres; edad media  $73 \pm 11$ ) y 156 en el grupo no-hierro IV (45% mujeres; edad media  $71 \pm 10$ ). Similares en las características sociodemográficas, clínicas, oncológicas y quirúrgicas. La anemia al diagnóstico era más grave en el grupo FCM. En la tabla adjunta se presentan los valores de Hb, necesidad de transfusión, días de estancia hospitalaria y complicaciones acaecidas hasta los 30d post-op. El tratamiento con FCM resultó seguro.

### Conclusiones

1) La supervivencia de los pacientes con HCC se asocia con incremento de la apoptosis, y disminución de p63 $\Delta$ N/p73 $\Delta$ N en tumores.

2) La inducción de la apoptosis por Sorafenib se relaciona con la señal dependiente de p53/p63TA/p73TA.

3) La disminución de p63 $\Delta$ N por Sorafenib no se relaciona con la muerte celular.

## 16. ELASTICIDAD TRANSITORIA ESPLÉNICA: POSIBILIDAD DE SU MEDICIÓN, FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MISMA Y RELACIÓN CON LA ELASTICIDAD TRANSITORIA HEPÁTICA

J. Aguilar- Reina

INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

### Objetivos

La medición de la elasticidad transitoria esplénica (FSe) podría traducir la presión portal, ya que la hepática (FSh) aumenta en los casos de estasis del órgano. Se pretende conocer si es posible su realización y qué factores influyen en el éxito de la exploración.

### Material y métodos

Se intentó FSe -con la misma metodología que para FSh)- en pacientes consecutivos, sin factores capaces de modificar la elasticidad, en los que se había conseguido medición hepática (FSh) adecuada, entre 1.11.2011 y 31.12.2.012. En los que fue posible se comprobó inmediatamente, mediante ecografía, que correspondía a bazo; cuando no, se identificó ecográficamente el órgano y se midió. Se valoró: a) La relación FSh/FSb, b) la influencia de sobrepeso y del espesor del bazo en el punto de medición con la posibilidad de obtener FSe.

### Resultados

Se incluyeron 226 pacientes, 144 hombres y 82 mujeres. FSe fue posible en 192 pacientes (85%), de manera directa en 165 (85,9%) y solo mediante ecografía en 22 (14,1%). Valores medios: FSh:  $18,9\text{kpa} \pm 15,4$  (3-75); FSe:  $37,6\text{kp} \pm 20,1$  (6,1-75). La correlación entre ambas es significativa ( $>0.01$ ) pero para valores de FSh  $>12\text{kp}$  hay dispersión notable de valores de FSe, como se ha descrito anteriormente para los de presión portal. No influye el sobrepeso ni la entidad de éste (IMC 25-30 ó  $>30$ ) sí el espesor del bazo en el punto de medición.

### Conclusiones

FSe es posible en pacientes con enfermedad hepática incluso sin fibrosis y puede ser de interés en la detección de hipertensión portal.

## 17. TROMBOFILIAS Y FENÓMENOS TROMBÓTICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. CARACTERÍSTICAS Y MANEJO CLÍNICO.

E. López-González, V. Martos-Ruiz, MC. García-Marín, MR. Gómez-García, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

### Introducción

Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) presentan con frecuencia complicaciones tromboembólicas sistémicas. Los factores de riesgo son adquiridos o hereditarios.

### Objetivos

Conocer prevalencia y características de fenómenos trombóticos y coagulopatías en pacientes con EII de nuestro hospital.

### Método

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, incluyendo a 650 pacientes de consulta externa de EII.

### Resultados

- Edad media al diagnóstico de trombosis 44.37 años.
- Colitis ulcerosa 8/24 y Enfermedad de Crohn 16/24 casos de trombosis.
- 11 pacientes (45.8%) con tratamiento inmunomodulador y 2 con anti-TNF.
- 87.5% (20) casos después del diagnóstico de EII.

- 50% presentaban algún factor de riesgo adquirido: 6 enfermedad intestinal activa, 4 inmovilización, 5 cirugía reciente.

- Localización: 14 miembro inferior, 7 pulmonar, 3 miembro superior, 3 cerebral, 1 portal y yugular.

- Alteración hematológica subyacente determinada en 9: 3 mutación del gen del factor XII, 4 mutación gen MTHFR, 2 mutación factor V, 1 déficit de antiplasmina y 1 policitemia vera; 2 presentaban 2 alteraciones.

- 3 con coagulopatía sin trombosis.

- Iniciaron tratamiento anticoagulante 19 (79%): 15 acenocumarol/warfarina, 3 heparina de bajo peso molecular y 1 Rivaroxaban, produciéndose sangrado digestivo o empeoramiento de sangrado habitual en 3 (15.7%).

### Conclusiones

- En nuestro estudio, la prevalencia de trombosis en EII es 3.7%. Casi un 50% tiene algún factor de riesgo adquirido. Las alteraciones genéticas tienen una prevalencia similar a la población general.

- El tratamiento anticoagulante, de ser necesario, no supone empeoramiento significativo del sangrado digestivo de estos pacientes.

## 18. LAS VARIANTES DE PNPLA3 PROMUEVEN LA ESTEATOSIS EN FUNCIÓN DEL GENOTIPO VIRAL Y LA IL28 SIN AFECTAR A LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN PACIENTES CON HEPATITIS C

R Calle1, J Ampuero1, JA Del Campo1, L Rojas1, Ortíz-Fernández3, R García-Lozano3, R Solá2, X Forns5, RJ Andrade4, M Diago7, JA Pons6, JM Navarro8, R Millán1, MF González-Escribano3, M Romero-Gómez1

1UNIDAD CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME, SEVILLA, ESPAÑA.

2UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL MAR, BARCELONA, ESPAÑA.

3UNIDAD DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA, ESPAÑA.

4UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA, ESPAÑA.

5UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL CLINIC, BARCELONA, ESPAÑA.

6UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRAIXACA, MURCIA, ESPAÑA.

7UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL, VALENCIA, ESPAÑA.

8UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL COSTAL DEL SOL, MARBELLA, ESPAÑA.

### Objetivo

Evaluar el impacto de los polimorfismos de PNPLA3 en la esteatosis en pacientes con hepatitis C.

### Métodos

Se incluyeron 445 pacientes con VHC procedentes de 6 hospitales españoles. El 63.6%(283/445) hombres; genotipo viral 1 68.1%(303/445), genotipo 2 2.9%(13/445), genotipo 3 18.4%(82/445), genotipo 4 10.6%(47/445). Genotipo IL28B CC 37.3%(165/442), CT/TT 62.7%(277/442); se genotipó PNPLA3(rs738409) mediante sonda Taqman: GG/GC 49.9%(222/445) y CC 50.1%(223/445). Se detectó esteatosis en el 44.3%(197/445) y no esteatosis 55.7%(248/445). Se registró la RVS, clasificó la fibrosis según la escala Metavir y esteatosis cuando se hallaba más de un 5% de grasa.

### Resultados

Se realizó un análisis multivariante asociando las variables con la esteatosis. Se encontraron asociaciones con el alelo G de PNPLA3 [O.R. 1.82 (IC95%: 1.21 – 2.73); p=0.004], genotipo viral [O.R. 0.8 (IC95%: 0.66 – 0.96); p=0.018] e IMC [O.R. 0.93 (IC95%: 0.89 – 0.98); p=0.003]. El alelo G se asoció con esteatosis (50.9%; 113/222) vs no G (37.7%; 84/223)(p=0.005). En genotipo 1, el alelo G se relacionó con la esteatosis (47.4%; 73/154 vs 32.2%; 48/149; p=0.007), pero no en genotipo 3 (60.5%; 23/38 vs 63.6%; 28/44; p=0.772). IL28B no se asoció con esteatosis (IL28B-CC (45.4%; 113/249) e IL28B-CT/TT (45.6%; 233/511)(p=0.955). Sin embargo, el alelo G de PNPLA3 mostró una asociación con esteatosis en IL28B-CT/TT (56.2%; 77/137 vs 35%; 49/140)(p=0.0001), pero no en IL28B-CC (41.7%; 35/84 vs 42%; 34/81)(p=0.968). Además, el alelo G no influye en la RVS (54.5%; 121/222 vs 56.1%; 125/223; p=0.742).

### Conclusiones

El alelo G de PNPLA3 modula el desarrollo de esteatosis, particularmente en pacientes con genotipo 1 CT/TT, pero no se asocia con RVS. El metabolismo de la esteatosis parece estar regulado por PNPLA3, pero no aquella producida por virus.

## 19. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE AFECTAN A LA UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

J. Funuyet, R. Millán, J. Ampuero, R. Gallego-Durán, B. Figueruela, M.C. Rico, E. Suárez, M. Romero-Gómez

UNIDAD DE GESTIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y CIBEREHD. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME, SEVILLA.

### Objetivos

Evaluar el rendimiento diagnóstico de la medición de la rigidez hepática mediante Elastografía Transitoria (ET) en pacientes con cirrosis hepática.

## Métodos

Se incluyeron 523 pacientes, 79 con cirrosis hepática: 61% (48/79) alcohol, 18%(14/79) hepatitis C, 10%(8/79) por esteatohepatitis, 11% (9/79) otras y un grupo control de 444 pacientes sin cirrosis. Se valoró el estado inflamatorio (PCR), colestasis (FA, GGT, bilirrubina total), citolisis (AST y ALT), obesidad (antropometría) y síndrome metabólico (HOMA-IR). ET  $\geq$ 13 kPa fue diagnóstico de cirrosis hepática.

## Resultados

La ET válida fue menor en cirróticos 82%;65/79 vs. 96%;426/444;  $p < 0.05$ , así como el índice de éxito (disparos válidos  $>60\%$ ) 91%; 59/65 vs. 97%;419/426;  $p < 0.05$ , sin diferencias en IQR/kPa. El porcentaje válido de mediciones ([IQR/kPa]  $< 30\% + IE > 60\%$ ) fue de 71%(56/79) en cirróticos y 89% (396/444) en no cirróticos. El 27% (17/64) de los cirróticos mostraban ET  $< 13$  kPa. En cirróticos, ET correlacionó con PCR ( $r=0.43$ ;  $n=62$ ;  $p=0.021$ ), AST ( $r=0.25$ ;  $n=64$ ;  $p=0.045$ ), GGT ( $r=0.26$ ;  $n=64$ ;  $p=0.037$ ), FA ( $r=0.34$ ;  $n=64$ ;  $p=0.005$ ) y BT ( $r=0.32$ ;  $n=64$ ;  $p=0.009$ ) pero no con IMC ( $p=0.8$ ) ni con ningún parámetro de bioimpedancia (resistencia, reactancia, agua corporal total, agua extracelular, masa magra, masa grasa, masa extracelular, masa intracelular). Además, HOMA ( $6.3 \pm 3.9$  vs  $4.2 \pm 2.3$ ;  $p=0.016$ ) y PCR ( $7.2 \pm 18.9$  vs  $1.7 \pm 1.4$ ) estaban elevadas en ET  $> 13$  kPa.

## Conclusiones

La tasa de pruebas válidas y el índice de éxito es menor en pacientes cirróticos. Una cuarta parte presenta kPa por debajo del umbral de cirrosis (13kPa). La influencia del estado inflamatorio, la colestasis y el síndrome metabólico ha de tenerse en cuenta en la interpretación de la Elastografía transitoria en cirróticos en práctica clínica.

## 20. TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA EN PRÁCTICA CLÍNICA: ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DEL BOCEPREVIR Y TELAPREVIR A LA SEMANA24 EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA(F4) FRENTE A PACIENTES CON FIBROSIS HEPÁTICA MÁS LEVE( $\leq$ F3)

A. Gila<sup>1</sup>, M.A. López<sup>2</sup>, JM. Navarro<sup>3</sup>, F. Jorquera<sup>4</sup>, R. Berenguer<sup>1</sup>, J.L. Olcoz<sup>4</sup>, A. Martín<sup>1</sup>, R. Quiles<sup>1</sup>, J.J. Sánchez<sup>5</sup>, M. Estévez<sup>6</sup>, JA. Pons<sup>7</sup>, I. Martín<sup>8</sup>, P. Linares<sup>4</sup>, G. Peláez<sup>9</sup>, J. Salmerón Escobar<sup>1</sup>

1HOSPITAL SAN CECILIO  
2HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES  
3HOSPITAL COSTA DEL SOL  
4HOSPITAL DE LEÓN  
5HOSPITAL DE TOLEDO  
6HOSPITAL DEL PONIENTE  
7HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA  
8HOSPITAL DE SALAMANCA  
9HOSPITAL TORRECÁRDENAS

## Introducción

Aunque los ensayos clínicos han sido excelentes, se conoce poco sobre la efectividad de estos fármacos en la cirrosis hepática.

## Objetivos

Estudiar la efectividad de la triple terapia en la semana24 y comparar la respuesta virológica según el grado de fibrosis hepática.

## Material y métodos

De 200 pacientes, 130 (65%) alcanzaron la semana24: 63(71%) con Boceprevir y 67(60%) con Telaprevir. De los 200 pacientes, 28 eran naïves (68% Boceprevir), 77 recaedores (82% Telaprevir), 27 respondedores parciales (63% Boceprevir), 56 respondedores nulos (55% Boceprevir) y en 12 (67% Boceprevir) la respuesta previa era desconocida.

## Resultados

La negativización del ARN-VHC por intención de tratar (se incluyen como no respondedores a 14 pacientes con Boceprevir que después del Lead-in no continuaron el tratamiento) fue superior en el grupo de Telaprevir, aunque conforme avanza el tratamiento las diferencias eran menores, ARN-VHC negativo 4, 12 y 24 semanas: Boceprevir, 3%, 46% y 54%; Telaprevir, 57% ( $P < 0.0001$ ), 72% ( $P=0.004$ ) y 67% ( $P=0.02$ ); respectivamente. Destaca con el Telaprevir una disminución en la tasa de ARN-VHC negativo en semana24 (67%) con respecto a semana12 (72%). La respuesta virológica fue menor en los pacientes F4 a la 4, 12 y 24 semanas: F4, 23%, 49% y 51%;  $\leq$ F3, 33%, 68% y 72% ( $P < 0.05$ , semana24); respectivamente.

## Conclusiones

Aunque los datos son preliminares, la efectividad de la triple terapia es parecida a la descrita en los ensayos clínicos. Por otro lado, la respuesta virológica a la semana24 en los pacientes con fibrosis hepática más avanzada (F4) es menor que la obtenida en pacientes con una menor fibrosis hepática ( $\leq$ F3).

## 21. ALGORITMO PRONÓSTICO PARA PREDECIR FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN HEPATOTOXICIDAD

M. Robles-Díaz, M.I. Lucena<sup>1</sup>, N. Kaplowitz<sup>2</sup>, C. Stephens<sup>1</sup>, I. Medina-Cáliz<sup>1</sup>, A. González-Jimenez<sup>1</sup>, E. Ulzurrun<sup>1</sup>, A.F. Gonzalez<sup>1</sup>, M.C. Fernandez<sup>3</sup>, M. Romero-Gómez<sup>4</sup>, M. Jimenez-Perez<sup>5</sup>, M. Bruguera<sup>6</sup>, M. Prieto<sup>7</sup>, R. J. Andrade<sup>1</sup>

1UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA-IBIMA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, CIBEREHD.

2USC RESEARCH CENTER FOR LIVER DISEASES, KECK SCHOOL OF MEDICINE, LOS ANGELES, CA.  
 3SERVICIO DE FARMACIA, HOSPITAL DE TORRECARDENAS, ALMERIA.  
 4UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME, SEVILLA, CIBEREHD.  
 5UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA, IBIMA, MÁLAGA.  
 6INSTITUTO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y METABOLISMO, HOSPITAL CLINIC, BARCELONA, CIBEREHD.  
 7UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, HOSPITAL LA FE, VALENCIA, CIBEREHD.

### Objetivos

Crear un algoritmo para predecir el desarrollo de fallo hepático fulminante (FHF) en pacientes con hepatotoxicidad (DILI) en la práctica clínica.

### Material y método

Se han analizado datos demográficos, clínicos y analíticos de 805 episodios del Spanish DILI Registry según si progresaban o no a FHF usando el programa chi-squared automatic interaction detector (CHAID) para desarrollar un algoritmo pronóstico de evolución a FHF.

### Resultados

Examinando los valores al inicio del episodio de DILI de aspartato aminotransferasa (AST), hemos encontrado que  $17.3 \times$  límite superior de la normalidad (LSN) es el punto de corte más apropiado ( $p < 0.001$ ). Hemos dividido la población en aquellos con  $AST > 17.3 \times LSN$ , con mayor riesgo de FHF, y aquellos con  $AST \leq 17.3 \times LSN$ . El primer grupo, se subdividió según los niveles de bilirrubina total (BT) ( $p = 0.009$ ). Se observó mayor riesgo de FHF en los episodios con  $AST > 17.3 \times LSN + BT > 6.6 \times LSN$ . Los episodios con  $AST \leq 17.3 \times LSN$  se subdividieron según la ratio AST/alanino aminotransferasa (ALT) ( $p < 0.001$ ), donde una ratio  $AST/ALT > 1.5$  aumenta el riesgo de FHF. Usando este algoritmo, clasificamos 163 (20%) de 805 episodios en el grupo de mayor riesgo, incluyendo 24 de los 31 que desarrollaron FHF, demostrando una sensibilidad del 80% y una especificidad del 82%.

### Conclusiones

Se han identificado como factores de riesgo de desarrollo de FHF elevaciones en AST, BT y ratio AST/ALT. Un nuevo algoritmo pronóstico que incluye estos parámetros demuestra un buen balance entre sensibilidad y especificidad en la predicción de desarrollo de FHF al inicio del episodio de DILI.

## COMUNICACIONES ORALES

### Sesión General IV

#### 22. SEDACIÓN CON PROPOFOL EN ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA.

P. de la Torre, JG. Martínez-Cara, V. Martos-Ruiz, M. López-de Hierro, J. de Teresa-Galván, E. Redondo-Cerezo

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

### Objetivos

Analizar las características de pacientes sometidos a sedación con propofol en USE a manos de endoscopistas, atendidos en nuestro Servicio, entre Octubre de 2009 y Enero de 2013.

### Material y método

Estudio prospectivo, observacional, en que se incluyeron 954 pacientes. Previo al procedimiento se hizo una valoración del riesgo anestésico. Todos los pacientes contaron con control de pulso, saturación, y oxígeno en gafas nasales. Se controlaron los tiempos de exploración, inducción y recuperación.

### Resultados

Un 98.95% fueron sedados a manos de endoscopistas (72% ASA I-II, y 28% ASA III-IV). Se empleó endoscopio lineal en el 68 % de los casos, y se asoció punción aspiración con aguja fina en un 22.1%. La dosis media de inducción con propofol fue de 64.70 mg, y un 97.5% requirieron reinyecciones. El tiempo medio por USE fue de 20.01 minutos, con un tiempo medio de recuperación de 8.07 minutos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones entre los pacientes de bajo y alto riesgo anestésico (4.4% en pacientes ASA I-II, y 7.5% en ASA III-IV). La complicación más frecuentes fue la desaturación (4.3% de los casos). Tras el procedimiento se midió la satisfacción global del paciente y endoscopista, siendo elevada en ambos casos.

### Conclusiones

La sedación con propofol en USE guiada por endoscopistas se ha demostrado segura y eficaz. Se asocia a baja tasa de complicaciones, tanto en pacientes de alto como de bajo riesgo anestésico, y a mayor tolerabilidad y satisfacción tanto del paciente como del endoscopista.