

# XLVIII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. PUNTA UMBRÍA (HUELVA) 2017.

## COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

### CO-01. LA PRESTACIÓN DE ELABORACIÓN DE INFORME ES ÚTIL EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.

GRILO-BENSUSAN, I; JIMÉNEZ-MESA, R

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA.

#### Introducción

En un sistema sanitario con unos recursos limitados son necesarios cambios organizativos que permitan gestionarlos de una manera más eficiente. Nos planteamos los siguientes objetivos: analizar el número de consultas de elaboración de informe realizadas en el servicio de Digestivo durante el año 2016 y su relación con el número de consultas sucesivas y de primera visita y determinar cómo influye en la demora de la atención de consultas sucesivas.

#### Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes atendidos en las consultas externas de Aparato Digestivo del Hospital de Écija entre el uno de enero al 31 de diciembre de 2016. Los datos se obtuvieron a través del programa de gestión de citas "Kewan" diferenciando las citas como primera visita, interconsulta, ecografía abdominal, consulta sucesiva, test del aliento o elaboración de informe. La estimación de la demora teórica de las consultas sucesivas se calculó teniendo en cuenta la diferencia de tiempo existente entre ambas consultas y el número de citas sucesivas programadas en cada jornada de trabajo.



Figura 1

Diagrama de flujo que explica la prestación de elaboración de informe en el Hospital de Alta Resolución.

#### Resultados

Se programaron un total de 971 de citas como elaboración de informes constituyendo el 23% del total de citas del año, frente a 432 (10,2%) visitas sucesivas y 1.185 (28,1%) de control de proceso. Se programaron 1.380 (32,4%) primeras visitas, 150 (3,6%) de interconsultas, 60 (1,4%) ecografías abdominales con consulta de revisión de proceso y 51 (1,2%) test del aliento para *Helicobacter pylori*.

El tiempo programado para una visita sucesiva o de control de proceso es tres veces superior al de una consulta de elaboración de informe (15 minutos vs 5 minutos). Por lo tanto se emplearían 10 minutos más de consulta por cada paciente atendido como sucesiva en lugar de elaboración de informe. Aplicado a nuestro caso serían 9.710 minutos, que supondría la pérdida de 647 (9710/15) citas sucesivas o 388 (9710/25) primeras visitas. Esto supondría una demora para la citación de consultas sucesivas de 64,7 jornadas laborales, teniendo en cuenta que existen 10 citas sucesivas por cada jornada laboral (647/10). Traducido en semanas, esta demora podría ser de un mínimo de 10 semanas.

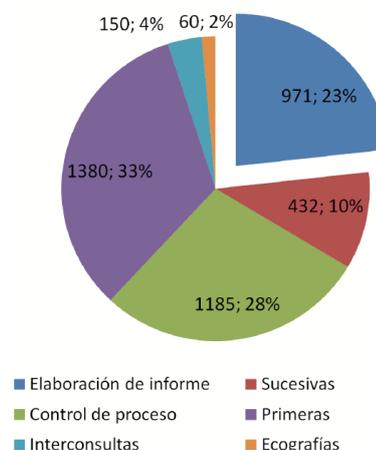


Figura 2

Gráfico de sectores de la distribución de cada tipo de cita en la consulta de digestivo.

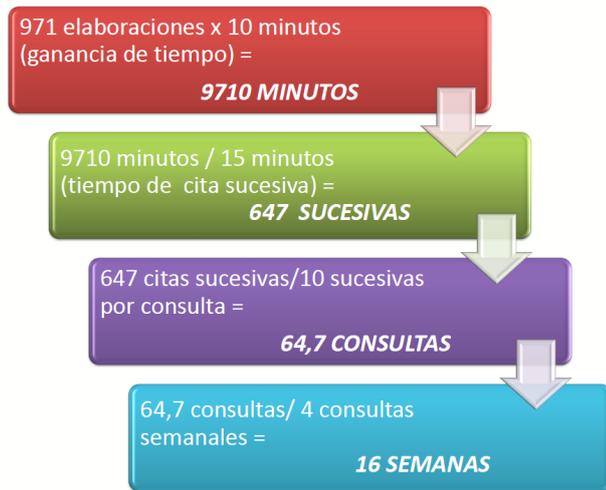


Figura 3

Diagrama que muestra la ganancia en tiempo y en número de consultas al aplicar el modelo de elaboración de informe.

### Conclusiones

La prestación de elaboración de informe supone un tipo de actividad frecuente en el área de Aparato Digestivo. Esta prestación permite una reducción del tiempo de demora desde la primera visita hasta la consulta sucesiva en aquellos pacientes que lo requieran, de más de dos meses. Por ello la prestación de la elaboración de informe debe ser valorada como una herramienta para mejorar la gestión de las consultas, aunque deberían tenerse en cuenta y analizarse los posibles inconvenientes.

### CO-02. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIOS A DOS FÁRMACOS ANTI-TNF.

VÁZQUEZ-MORÓN, JM; PALLARÉS-MANRIQUE, H; TALAVERA-FABUEL, A; BEJARANO-GARCÍA, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

#### Introducción

Evaluar la eficacia y seguridad en práctica clínica del tratamiento con vedolizumab (anti-integrina  $\alpha 4 \beta 7$ ) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refractarios a dos fármacos anti-TNF.

#### Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, dentro de la práctica clínica, en un grupo de pacientes con EII refractarios a dos fármacos anti-TNF que realizaron tratamiento con vedolizumab durante al menos 14 semanas. Los pacientes realizaron pauta de inducción con vedolizumab 300 mg semana 0-2-6 y luego mantenimiento cada 8 semanas. Algunos pacientes recibieron también dosis en semana 10. Se recogieron datos epidemiológicos, características de la enfermedad, tasas de remisión y respuesta en la semana 14, 26 y 54 y la aparición de eventos adversos.

### Resultados

Se realizó el seguimiento a un total de 20 pacientes (13 enfermedad de Crohn y 7 colitis ulcerosa) que habían fracasado a dos anti-TNF y al menos llevaban 14 semanas en tratamiento con vedolizumab. Todos los pacientes habían fracasado a infliximab y adalimumab, la gran mayoría a pesar de intensificación con ambos fármacos. Al inicio del tratamiento todos los pacientes presentaban actividad clínica con un valor medio de PCR de 17,2 mg/L. En la semana 14 el 35% (7/20) de los pacientes alcanzó la remisión, un 55% (11/20) presentó respuesta con cierta mejoría clínica y un 10% (2/20) no presentaron respuesta tras la inducción retirándose el tratamiento. Un 54% (7/13) logró abandonar el tratamiento con corticoides. En la semana 26 alcanzó la remisión el 41% (7/17), presentaba respuesta el 23% (4/17) y el 35% (6/17) presentó empeoramiento clínico intensificándose vedolizumab en 4 pacientes y retirándose el tratamiento en otros 2 pacientes. En la semana 54 se mantienen en remisión 4 de los 9 pacientes que en tratamiento, estando 2 de ellos con dosis intensificada. Ningún paciente presentó evento adverso relacionado con el fármaco ni tampoco cuadro infeccioso durante el tratamiento.

### Conclusiones

El tratamiento con vedolizumab en pacientes con EII puede ser útil para inducir la remisión en pacientes con fracaso previo a dos anti-TNF presentando unas tasas de seguridad excelentes.

### CO-03. RESULTADOS DE UN ESTUDIO ANDALUZ PARA ANALIZAR EL CAMBIO AL BIOSIMILAR DE INFlixIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

GUERRA-VELOZ, MF<sup>1</sup>; VÁZQUEZ-MORÓN, JM<sup>2</sup>; BELVIS-JIMÉNEZ, M<sup>1</sup>; PALLARÉS-MANRIQUE, H<sup>2</sup>; PEREA-AMARILLO, R<sup>1</sup>; CASTRO -LARIA, L<sup>1</sup>; BENÍTEZ-ROLDÁN, A<sup>2</sup>; MALDONADO-PÉREZ, B<sup>1</sup>; CAUNEDO-ÁLVAREZ, Á<sup>1</sup>; ARGÜELLES-ARIAS, F<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

#### Introducción

La introducción de las terapias biológicas ha revolucionado el enfoque terapéutico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Desde principios del 2015 se dispone en el mercado español del biosimilar de infliximab, aprobado por la EMA para las mismas indicaciones que el de referencia. Existen varios estudios que han demostrado su eficacia y seguridad en pacientes naïve, no obstante, los resultados a largo plazo en pacientes que se les ha sustituido por el medicamento original "switch" aún es limitado.

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad en 12 meses del switch de infliximab de referencia (Remicade®) al biosimilar de infliximab (Remsima®) en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

## Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y prospectivo, multicéntrico, constituido por pacientes con EC y CU en tratamiento con el biosimilar de infliximab (Remsima®). Se analizó la evolución clínica tras el switch mediante niveles de PCR y los índices de Harvey-Bradshaw (HB) para EC y de Mayo para CU. Igualmente se analizaron las reacciones adversas (RA) relacionados con el fármaco.

## Resultados

Se incluyeron 167 pacientes con EI, 116 (69,5%) con EC y 51 (30,5%) con CU. Un 51% eran mujeres, con edad media de 43,5 (30-56) años. Las características fenotípicas de los pacientes se describen en la **tabla 1** según la Clasificación de Montreal.

Características basales		n (167)		IC (95%)
Edad media	Enfermedad de Crohn Colitis Ulcerosa	40.5 (28 – 54) 46 (34 – 58)		
Fumadores				
Nunca		112/167	67%	59.6 – 74.5
Ex- Fumador		25/167	15%	9.2 – 20.7
Fumador activo		30/167	18%	11.8 – 24.1
<b>ENFERMEDAD DE CROHN</b>				
Edad al diagnóstico	A1 (< 16) A2 (16- 40) A3 (>41)	16/ 116 81/116 19/116	13.8 % 69.8 % 16.4 %	7.1 – 20.5 61 – 78.6 9.2– 23.5
Localización al diagnóstico	L1 ( ileal) L2 ( colonica) L3 (ileocolonica) L4 (tracto alto)	39/116 32/116 41/116 4/116	33.6% 27.6% 35.3% 3.4%	24.6 – 42.6 19 – 36.1 26.2 – 44.5 0.9 – 8.6
Comportamiento	B1 (inflamatorio) B2 (estenotante) B3 (fistulizante)	66/116 30/116 20/116	56.9% 25.9 % 17.2%	47.5 – 66.3 17.5 – 34.2 9.9 – 24.5
Enfermedad Perianal	Si	45/116	38.8%	29.5 – 48.1
Manifestaciones Extraintestinales	Si	27/116	23.3%	15.1 – 31.4
<b>COLITIS ULCEROSA</b>				
Extensión	E1 ( proctitis) E2 (colitis izquierda ) E3 ( pancolitis)	14/51 21/51 16/51	27.5% 41.1% 31.4%	14.2 – 40.7 26.7 – 55.7 17.7 – 45.1
Severidad	S1 ( leve ) S2 ( moderada) S3 (severa)	14/51 28/51 9/51	27.5% 54.9% 17.6%	14.2 – 40.7 40.3 –69.5 6.2 – 29.1
Manifestaciones Extraintestinales	No	39/51	76.5.9%	63.8 – 89.1

**Tabla 1**

Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

El 88,8% (103/116) de los pacientes con EC estaban en remisión en el momento del cambio, manteniendo la remisión a los 12 meses el 69,7% (76/109) (18% de pérdida respuesta). 6 suspendieron el tratamiento (4 por RA y 2 por remisión clínica mantenida) y un paciente dejó las revisiones. No se observaron cambios significativos en la mediana de la PCR basal: 0,05 (IC 95%=0-0,49) vs. PCR 12 meses: 0,25 (IC 95%= 0,15-0,37); (p=0,49). El Score de HB

sí mostró alteraciones con significación estadística; así HB basal: 1 (IC 95%=0-1,0) vs HB 12 meses: 1 (IC 95%=1,0-1,0); (p=0,001).

El 84% (43/51) de los pacientes con CU estaba en remisión en el momento del cambio, manteniendo la remisión a los 12 meses el 76,7% (33/43). (7,3% pérdida de respuesta). 8 pacientes suspendieron el tratamiento, 3 por RA y 5 por alcanzar remisión clínica mantenida. Se observaron cambios significativos en la mediana de la PCR basal: 0,4 (IC 95%=0-1) vs. PCR 12 meses 0,25 (IC 95%=0,1-0,51); (p=0,003). El score de Mayo no presentó variación estadísticamente significativa: basal: 1 (IC 95%=0-1) vs. 12 meses: 1 (IC 95%=0-1); (p=0,87).

En cuanto a la seguridad, se produjeron eventos adversos en 12/167 (7,2%) pacientes, 7 de estos interrumpieron el tratamiento.

## Conclusiones

Realizar el switch de infliximab original al biosimilar no genera eventos adversos relevantes. La pérdida de eficacia detectada durante el tiempo de seguimiento es similar a la publicada con infliximab original.

## CO-04. PREVALENCE OF HEPATITIS E MARKERS IN SPANISH PATIENTS WITH SUSPECTED DRUG-INDUCED LIVER INJURY.

GARCÍA-CORTÉS, M<sup>1</sup>; SANJUAN-JIMÉNEZ, R<sup>1,2</sup>; ROBLES-DÍAZ, M<sup>1</sup>; SANABRIA-CABRERA, J<sup>1,2</sup>; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, A<sup>1</sup>; ORTEGA-ALONSO, A<sup>1</sup>; JIMÉNEZ-PÉREZ, M<sup>3</sup>; MEDINA-CÁLIZ, I<sup>1</sup>; SLIM, M<sup>1</sup>; CUETO-SÁNCHEZ, A<sup>1</sup>; LUCENA, M<sup>1,2</sup>; STEPHENS, C<sup>1</sup>; ANDRADE-BELLIDO, R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO Y SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA (IBIMA). HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. CIBEREHD, MÁLAGA. <sup>2</sup>UICEC IBIMA, PLATAFORMA SCREN, ECAI INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y ENSAYOS CLÍNICOS, IBIMA, MÁLAGA. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA (IBIMA), HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MÁLAGA.

## Introducción

Due to the lack of specific biomarkers the diagnosis of idiosyncratic drug-induced liver injury (DILI) relies on exclusion of alternative causes, such as viral hepatitis. Testing for viral hepatitis A, B and C infection is routinely performed in clinical practice, yet hepatitis E (HEV) is not systematically ruled out. This could lead to HEV infections being misdiagnosed as DILI in patients on drug treatments prior to symptom initiation. We aimed to determine the evidence of recent and past HEV infection in suspected DILI patients reported to the Spanish DILI Registry and in healthy controls.

## Material y métodos

Serum of 251 suspected DILI patients with liver profile elevations reported to the Spanish DILI Registry were tested for immunoglobulin (Ig)G and IgM against HEV using enzyme-linked immunosorbent assays, ELISA (Wantai). Samples testing positive for anti-HEV-IgM were further analysed using an anti-HEV IgM immunoblot test (Mikrogen) and anti-HEV-antigen (Ag) ELISA (Wantai). The 129 controls with normal liver profiles were tested for HEV-IgG only. All samples were tested in duplicates.

## Resultados

Of the 251 suspected DILI cases (prior to inclusion in the Spanish DILI Registry) 69 were diagnosed as non-DILI cases due to presence of alternative hepatic causes. HEV IgG antibodies were detected in 58 (31.9%) of the 182 suspected DILI patients, 15 (21.7%) of the 69 non-DILI patients and 48 (37.2%) of the 129 controls. Of the 182 DILI cases and 69 non-DILI cases, 87 and 48, respectively, had serum samples collected within 6 months (<6m) from symptom initiation and were tested for presence of anti-HEV-IgM. 6 (6.9%) of these 87 DILI patient samples and 2 (4.2%) of the 48 non-DILI patient samples tested positive for anti-HEV-IgM. 2 (2.3%) of the <6m DILI samples also tested positive for anti-HEV-Ag (one also positive for HEV RNA). The anti-HEV IgM positive cases had less compatible temporal sequences, were exposed to drugs with low hepatotoxicity potential and/or had very high aminotransferases (Table 1).

Age (years)	Sex F/M	Initially suspected causative drug	Days from drug initiation	Peak ALT <sup>a</sup> or AST <sup>b</sup>	HEV RNA	Ag HEV	Type of liver injury	Severity	Histology
49	F	Paracetamol	9	1840 <sup>d</sup>	Neg	Pos	Hep	Moderate	
74	M	Cefditoren	40	4191 <sup>d</sup>	Pos	Pos	Hep	Severe	Cholestasis and submassive liver necrosis
26	F	Dexketoprofen	8	1561 <sup>d</sup>	Neg	Neg	Hep	Fatal	Submassive hepatic necrosis, regeneration nodules and severe cholestasis
71	F	Isoniazid	27	954 <sup>d</sup>	N/A	Neg	Hep	Moderate	
35	M	Erythromycin	27	2489 <sup>d</sup>	N/A	Neg	Hep	Moderate	
75	M	Amoxicillin	4	2967 <sup>d</sup>	Pos	Neg	Hep	Moderate	Acute cholestatic hepatitis
71	F	Carbimazole	203	386 <sup>d</sup>	N/A	Neg	Mix	Mild	
63	M	Voriconazole	5	125 <sup>d</sup>	N/A	Neg	Chol	Mild	

Table 1

Demographics and clinical data of 8 spanish patients positive for IgM anti-HEV. Abbreviations: Hep, hepatocellular; Mix, mixed; Chol, cholestatic

## Conclusiones

A HEV seroprevalence ranging from 22% to 37% and 7% evidence of current HEV infection in the suspected DILI patients in the Spanish cohort, can be an important confounding factor for the diagnosis of idiosyncratic DILI. In DILI assessment HEV testing is advised in some clinical contexts, particularly in cases not compatible with the drug signature of the suspected causative agent. HEV workup as a cause of exclusion should be considered in DILI causality scales. Funding: FEDER PI15/01440, CS PI-0274-2016, CIBERehd-ISCI, SCReN-ISCI.

## CO-05. EN EL CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO TIPO LYNCH, LA EDAD DE PRESENTACIÓN DEL CÁNCER VIENE CONDICIONADA POR EL TIPO DE GEN MUTADO.

DIÉGUEZ-CASTILLO, C<sup>1</sup>; ENTRALA-BERNAL, C<sup>2</sup>; ROA-COLOMO, A<sup>1</sup>; FERNÁNDEZ-ROSADO, FJ<sup>2</sup>; DÍAZ-ALCÁZAR, MM<sup>1</sup>; MATA-SOTO, C<sup>2</sup>; VALLE-CANO, A<sup>2</sup>; MARTÍN-RUIZ, JL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. <sup>2</sup>LABORATORIO ALTO RIESGO. UGC DIGESTIVO. LORGEN GP. BUSINESS INNOVATION CENTER - BIC/CEEL. PARQUE TECNOLÓGICO DE CIENCIAS DE LA SALUD, GRANADA. <sup>3</sup>SERVICIO ALTO RIESGO. UGC DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

## Introducción

El síndrome de Lynch (SL) es la forma más común de cáncer colorrectal (CCR) hereditario (2-5% del total). Se caracteriza por presentación en edad temprana, frecuentes tumores sincrónicos y metacrónicos, predilección por colon proximal, carcinogénesis acelerada y riesgo de aparición de cáncer extracolónico. Se relaciona con mutaciones en ciertos genes reparadores de errores en la replicación del ADN: MLH1, MSH2, MSH6 y otros de menor protagonismo. Existen datos que sugieren diferentes formas de expresión y presentación clínica del CCR según el gen mutado. El objetivo del estudio es determinar la frecuencia de mutaciones germinales en genes MMR en individuos y familiares con criterios clínicos de síndrome de Lynch y valorar si la edad de aparición del cáncer se relaciona con el tipo de gen mutado.

## Material y métodos

230 individuos que cumplían criterios de sospecha clínica personal o familiar de SL (Amsterdam II o/y Bethesda) estudiados en nuestro Hospital (Consulta de Alto Riesgo) en los últimos siete años. Extracción ADN de sangre periférica: kit QIAamp DNA Blood Mini (Qiagen). Análisis NGS, sistema SURESELECTXT CUSTOM 1KB-499KB (Agilent), plataforma MiSeq (Illumina). Captura y amplificación panel oncológico 70 genes (15 CCR relacionados). Variantes para cada gen clasificadas como patogénicas, probablemente patogénicas, polimorfismos o variantes de significado incierto según bases de datos mutacionales HGMD, InSight.

## Resultados

De 230 individuos estudiados, 124 eran individuos sanos pertenecientes a familias con sospecha de SL y 106 pacientes con CCR y criterios de estudio. En este grupo, 33 (30% del total) presentaban mutaciones en genes MMR: 22 en MLH1 (70,96%), 5 (15,15%) en MSH2 y 3 (9,09%) en MSH6. En 3 casos se detectaron sendas mutaciones probablemente patogénicas en MSH3, BMPR1 y APC.

La edad media (EM) de aparición del primer tumor en los pacientes con CCR y mutación fue de 44,8 años, con diferencias entre las EM según gen mutado: 41 años para MLH1, 50 para MSH2 y 72 para CCR con mutación MSH6. La EM de presentación del CCR "esporádico", según registro del propio Hospital, mismo periodo, es 70,8 años.

## Conclusiones

Aunque la presentación de CCR en menores de 50 años es sugerente de presencia de alteración genética, su frecuencia y edad de aparición son heterogéneas y dependientes del gen mutado.

Mutaciones en MLH1 son más frecuentes y con CCR de presentación más precoz. Las mutaciones en MSH6 son de menor frecuencia y con CCR en edades similares al cáncer no asociado a mutaciones germinales tipo Lynch.

## CO-06. COMORBILIDADES COMO FACTORES DE RIESGO DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE.

VALVERDE-LÓPEZ, F; ORTEGA-SUAZO, EJ; JIMÉNEZ-ROSALES, R; REDONDO-CEREZO, E

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

### Introducción

La clasificación de Atlanta revisada en 2012 ha supuesto un importante cambio conceptual en lo que a pancreatitis aguda (PA) se refiere, distinguiendo tres grados de gravedad en función de la presencia y duración de fallo orgánico, lo cual tiene importancia pronóstica. Pretendemos valorar si ciertas condiciones y comorbilidades del paciente actúan como factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda grave (PAG).

### Material y métodos

Se incluyeron a los pacientes ingresados en nuestro centro entre junio 2010 y junio 2012 con diagnóstico de PA. Se obtuvieron datos demográficos como edad y sexo así como la presencia de comorbilidades habituales en la población (HTA, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca o renal y EPOC) y se clasificaron a los pacientes en PAG vs. Leve/Moderadamente-grave según los criterios de la clasificación de Atlanta revisada en 2012. Se realizaron las comparaciones entre ambos grupos mediante PAWS Statistics 17.0, usando el test exacto de Fisher o T de student según procediera.

### Resultados

N=269, 52,8% mujeres 47,2% hombres, 17 casos con PAG (6,3%), 8 exitus (3%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexo y gravedad de la pancreatitis, sí se encontraron en la edad. De entre las comorbilidades, encontramos que el antecedente de insuficiencia cardiaca o renal constituye un factor de riesgo (FR) para el desarrollo de PAG con diferencias significativas entre ambos grupos. No sucedió así con el antecedente de HTA y DM como tampoco sucedió con el EPOC (si bien no obtuvimos pacientes con EPOC y PAG en nuestra muestra). Eventos como la muerte, estancia hospitalaria prolongada e ingreso en UCI fueron más prevalentes en el grupo PAG de forma significativa.

	Total	Leve-Moderadamente grave	Grave	P	OR (IC)
N	269	252	17		
Edad, (medias±DS)	64,58 ± 18.2	63.9	73.9	0.014	-
IMC	28.16 ± 5.34	28.23 (5.4)	27.09 (4.8)	n.s.	-
Hombres, n (%)	127 (49.9%)	118	9	n.s.	-
<b>Comorbilidades</b>					
Diabetes	54	49	5	n.s	-
EPOC	14	14	0	n.s.	-
Insuficiencia Cardíaca	15	10	5	0.001	10 (2.97-34.15)
Hipertensión arterial	115	105	10	n.s.	-
Insuficiencia renal	13	10	3	0.041	5.18 (2.28-20.99)
Muerte	8	0	8	<0.001	-
Ingreso en UCI	10	1	9	<0.001	-
Estancia hospitalaria	9.6 ± 9.55	8.79 ± 7.46	21.53 ± 22.16	<0.0001	-

Tabla 1

Comorbilidades y características de los pacientes.

## Conclusiones

Aproximadamente, entre un 15-25% de los paciente con PA desarrollan una PAG, concentrándose en este grupo de pacientes la mortalidad. Es conocido que factores como la edad o la obesidad (IMC >30) constituyen situaciones que predisponen al desarrollo de PAG. Nuestro estudio corrobora que la edad constituye un FR para el desarrollo de PAG, pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el IMC y la gravedad (probablemente por la baja prevalencia de PAG en nuestra muestra). Nuestro estudio demuestra a su vez cómo ciertas comorbilidades como la insuficiencia cardiaca y la insuficiencia renal aumentan el riesgo de PAG no así con la DM, HTA o EPOC.

## CO-07. ALBÚMINA Y CREATININA, FACTORES PREDICTORES DE RESANGRADO: ANÁLISIS PROSPECTIVO, EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

JIMÉNEZ-ROSALES, R; ORTEGA-SUAZO, EJ; VALVERDE-LÓPEZ, F; MARTÍNEZ-CARA, JG; REDONDO-CEREZO, E

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

### Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las principales causas de ingreso y endoscopia urgente en nuestra especialidad, conllevando una mortalidad y morbilidad significativas. El resangrado aparece en el 10-20% de los pacientes y supone un incremento de la mortalidad; siendo la definición de factores predictivos de éste de vital importancia.

El objetivo de nuestro estudio es analizar los factores de riesgo y resultados en pacientes que presentaron resangrado.

### Material y métodos

Estudio prospectivo que recoge a pacientes con HDA sometidos a EDA en el Hospital Virgen de las Nieves durante un periodo de 39 meses (enero 2013 - julio 2016). Se tabularon datos demográficos, comorbilidades, medicación (antiagregantes, anticoagulantes y AINEs), clínica, hemodinámica, analítica y hallazgos endoscópicos. Se registraron intervenciones endoscópicas, radiológicas y quirúrgicas. Las variables resultado analizadas fueron resangrado, mortalidad aguda y diferida (6 meses) y eventos hemorrágicos y cardiovasculares a 6 meses.

### Resultados

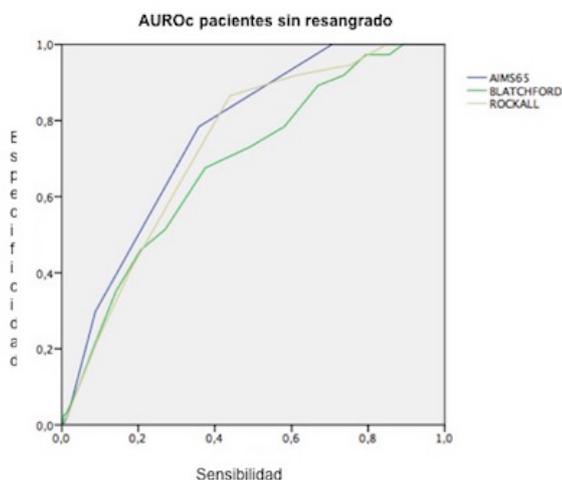
Se incluyeron 507 pacientes (339 hombres; con una edad media de 64,21±16,4). La incidencia de resangrado fue 17,3% (n=88). En el análisis univariante, los factores relacionados con el resangrado fueron: niveles elevados de creatinina (1.527 vs. 1.155; p<0,001), taquicardia (96,28 vs. 88,24; p<0,001), niveles bajos de albúmina (2.797 vs. 3.238; p<0,001) y tensión sistólica disminuida (103,16 vs. 113,14; p<0,001). En el análisis de regresión logística, taquicardia y creatinina elevada se mostraron como factores de riesgo independientes de resangrado y la albúmina como factor protector (Tabla 1).

El resangrado supuso un incremento en la mortalidad intrahospitalaria ( $p < 0,0001$ ); sin embargo, no guardó relación con los eventos diferidos.

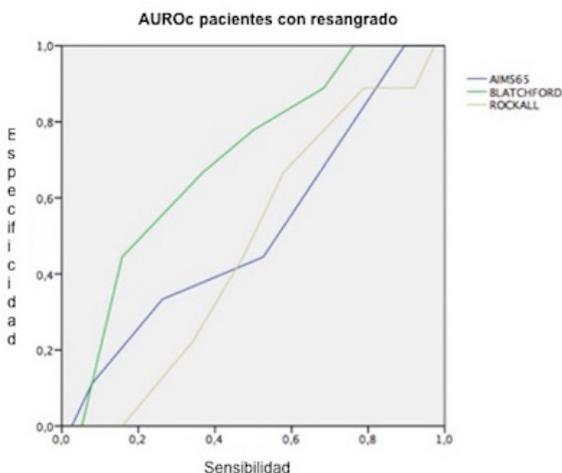
Las escalas pronósticas Rockall y AIMS65 mostraron mala capacidad predictora de mortalidad en resangrantes (AUROC 0,762 vs. 0,518 y 0,732 vs. 0,480; respectivamente); y Blatchford se comportó de forma similar (AUROC 0,687 vs. 0,700) (Figuras 1-2).

	OR	IC 95%	Sig (p)
PULSO	1,021	1,007-1,034	0,003
ALBUMINA	0,406	0,267-0,618	0,000
CREATININA	1,403	1,079-1,824	0,012

**Tabla 1**  
Resultados del análisis de regresión logística.



**Figura 1**  
AUROC pacientes sin resangrado: las escalas pronósticas muestran buena capacidad predictiva de resangrado en estos pacientes



**Figura 2**  
AUROC en pacientes resangrantes: AIMS65 y Rockall, muestran un área inferior bajo la curva y por tanto, mala capacidad predictiva de mortalidad aguda en este subgrupo de pacientes.

**Conclusiones**

El resangrado está asociado a un aumento en la mortalidad intrahospitalaria, sin embargo, no se relaciona con la mortalidad a 6 meses ni con los eventos cardiovasculares o hemorrágicos diferidos. AIMS65 y Rockall actúan como predictores de mortalidad intrahospitalaria en no resangrantes; pero, no predicen de forma adecuada dicha mortalidad en resangrantes.

El pulso y los niveles séricos de creatinina y albúmina son factores independiente de resangrado y podrían ser indicadores pronósticos útiles. La incorporación de estas variables a escalas pronósticas podría resultar en una de mayor utilidad para predecir éste en aquellos pacientes con HDA; si bien, se necesita validación adicional en estudios prospectivos.

**CO-08. EXPOSICIÓN ACUMULADA A TACROLIMUS Y DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO.**

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, R; AGUILAR-MELERO, P; GUERRERO-MISAS, M; DOUGLAS, T; GROS, B; PATCH, D; MONTERO, JL; POYATO, A; CIRIA, R; TSOCHATZIS, T; DE LA MATA, M; RODRÍGUEZ-PERÁLVAREZ, M

DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

**Introducción**

Evaluar la exposición a tacrolimus tiempo-dependiente como predictor de deterioro de la función renal tras el trasplante hepático.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes trasplantados hepáticos entre 2008-2013. Se excluyeron retrasplantes, trasplantes combinados y pacientes fallecidos en los primeros 90 días post-trasplante. La exposición acumulada a tacrolimus se cuantificó mediante el área bajo la curva de niveles valle (AUC<sub>Nv</sub>) calculada mediante la ecuación de Wagner-Nelson. Se correlacionó el AUC<sub>Nv</sub> con la evolución de las cifras de creatinina a los 3, 6 y 12 meses post-trasplante.

**Resultados**

Se incluyeron 476 pacientes (136 mujeres; edad media 52 años) trasplantados en dos centros (Hospital Royal Free 60,5% y Hospital Reina Sofía 39,5%). La etiología mayoritaria de la cirrosis fue por VHC (35,5%) y etílica (32,8%). La prevalencia de disfunción renal (Cr >1,2 mg/dL) se duplicó a los 12 meses del trasplante con respecto a la evaluación basal (14% vs. 29,7%). El incremento mediano de creatinina ( $\Delta Cr$ ) fue de 0,17 mg/dL a los 3 meses, 0,20 mg/dL a los 6 meses y 0,22 mg/dL a los 12 meses. El 7,9% de los pacientes precisaron soporte/trasplante renal en el primer año post-trasplante. El AUC<sub>Nv</sub> acumulada fue  $684 \pm 236$  a los 3 meses,  $1.374 \pm 457$  a los 6 meses y  $2.759 \pm 915$  a los 12 meses. Los pacientes fueron estratificados en AUC<sub>Nv</sub> bajo (800 a los 3 meses, >1.500 a los 6 meses, >3.600). Los pacientes con AUC<sub>Nv</sub> bajo mostraron un

$\Delta$ Cr menor que los pacientes con AUCnv intermedio, y éstos a su vez menor que los pacientes con AUCnv elevado: a) A los 3 meses:  $\Delta$ Cr 0,12 mg/dL vs  $\Delta$ Cr 0,16 mg/dL vs  $\Delta$ Cr 0,25 mg/dL respectivamente ( $p < 0,001$ ); b) a los 6 meses;  $\Delta$ Cr 0,13 mg/dL vs  $\Delta$ Cr 0,20 mg/dL vs  $\Delta$ Cr 0,29 mg/dL ( $p = 0,002$ ); c) a los 12 meses  $\Delta$ Cr 0,20 mg/dL vs  $\Delta$ Cr 0,23 mg/dL vs  $\Delta$ Cr 0,28 mg/dL ( $p = 0,029$ ).

## Conclusiones

El AUCnv es un indicador de exposición acumulada a tacrolimus que se relaciona estrechamente con el deterioro de la función renal tras el trasplante hepático. No obstante, la función renal tiende a empeorar incluso en rango bajo de AUCnv por lo que resulta imprescindible una estrategia multidisciplinar de nefroprotección a largo plazo.

## COMUNICACIONES ORALES SESIÓN II

### CO-09. CAPUCHÓN Y ENDOCUFF® ¿ÚTILES EN COLONOSCOPIAS DE SCREENING DE CCR Y VIGILANCIA TRAS RESECCIÓN DE PÓLIPOS?

GARCÍA-GAVILÁN, MC<sup>1</sup>; ALCALDE-VARGAS, A<sup>1</sup>; SÁNCHEZ-YAGÜE, A<sup>1</sup>; RIVAS-RUIZ, F<sup>2</sup>; SÁNCHEZ-CANTOS, A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. <sup>2</sup>SERVICIO MATEMÁTICA APLICADA Y ESTADÍSTICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

#### Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es muy prevalente a nivel mundial, por ello son fundamentales los programas de screening. El uso de dispositivos de ayuda a la visualización pretende aumentar la detección de adenomas, aunque no hay estudios que comparen estos dispositivos entre sí. Nuestro objetivo fue comparar la tasa de detección de adenomas (TDA) de las colonoscopias de screening de CCR o vigilancia tras resección de pólipos (VRP) realizadas sin dispositivo, con capuchón o Endocuff®.

#### Material y métodos

Estudio prospectivo de las colonoscopias de screening de CCR y VRP, en el Complejo Hospitalario Costa del Sol y QuirónSalud Marbella, entre junio 2016 y agosto 2017, sin dispositivo, con capuchón o Endocuff®. Criterios de exclusión: cirugía colónica previa, colonoscopia incompleta, mala preparación, enfermedad inflamatoria intestinal, test de sangre oculta positivo y síndromes de CCR hereditario. Se valoró el uso de los dispositivos, operador, indicadores de la calidad, tamaño, tipo e histología de los pólipos encontrados. Se tomó como variable resultado la detección de adenomas, y se comparó según el dispositivo utilizado mediante el test de Anova. Nivel de significación en  $p < 0,05$ .

## Resultados

Se incluyeron las colonoscopias realizadas en 236 pacientes (edad media 57,05 años): 75 sin dispositivos, 78 con capuchón y 83 con Endocuff®. Puntuación media de limpieza colónica de 7,55 de la escala de Boston. Se observó una TDA global del 44,0%, siendo el 15,3% pólipos planos, el 68,2% pólipos  $< 5$  mm y el 40,8% adenomas tubulares con displasia de bajo grado. Se detectaron 3 casos de CCR (el 1,3% de las colonoscopias realizadas) y 12 adenomas avanzados (el 9,3%). Según los dispositivos utilizados, se observó una TDA del 38,7% sin dispositivo, del 41,6% con capuchón y del 50,6% con Endocuff®. Aunque no estadísticamente significativo ( $p = 0,24$ ), se observó un incremento de la TDA global con el uso de Endocuff® al compararlo con el capuchón y las colonoscopias sin dispositivos. Este aumento en la TDA sí se muestra significativamente superior en colon izquierdo ( $p = 0,008$ ). En cuanto a la tasa de detección de pólipos en general, el Endocuff® también se muestra superior frente al capuchón y colonoscopias sin dispositivos ( $p = 0,025$ ), siendo también superior en colon izquierdo ( $p = 0,007$ ).

	Nivel de significación
Detección de pólipos	$p = 0,025$
Detección de pólipos en colon derecho	$p = 0,713$
Detección de pólipos en colon izquierdo	$p = 0,007$
Detección de adenomas (TDA Global)	$p = 0,248$
Detección de adenomas en colon derecho	$p = 0,482$
Detección de adenomas en colon izquierdo	$p = 0,008$

Tabla 1

Niveles de significación para el uso de Endocuff® en comparación con capuchón y endoscopias sin dispositivos.

	Frecuencia	Porcentaje
Colonoscopias de screening de CCR	161	68,2%
Colonoscopias de vigilancia tras resección de pólipos	72	30,8%
Colonoscopias sin dispositivos	75	31,8%
Colonoscopias con capuchón	78	33,1%
Colonoscopias con endocuff®	83	35,2%
Pólipos planos o levemente elevados	36	15,3%
Hallazgo de pólipos de pequeño tamaño ( $< 5$ mm)	48,3	89,1%
Adenomas avanzados	12	9,3%
CCR	3	1,3%

Tabla 2

Estudio descriptivo.

## Conclusiones

El uso de Endocuff® aumenta significativamente la tasa de detección de adenomas en colon izquierdo al compararlo con el capuchón y las colonoscopias sin dispositivos de ayuda a la visualización. Además, aumenta la tasa de detección de pólipos en general y sobre todo en colon izquierdo.