

Conclusiones

El tratamiento con ustekinumab en pacientes que han fracasado a otras terapias biológicas es útil y seguro para inducir respuesta clínica e incluso remisión en más del 50% de los pacientes con respuesta mantenida a largo plazo.

SESIÓN II

CO-06. ESTUDIO EN VIDA REAL SOBRE EL CRIBADO DEL HEPATOCARCINOMA Y SU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA

FERNÁNDEZ GARCÍA F, TORO ORTIZ JP, PINAZO BANDERA JM, ALCÁNTARA BENITEZ R, ANDRADE BELLIDO RJ, GARCÍA CORTÉS M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

Introducción

El carcinoma hepatocelular (CHC) tiene una incidencia anual en nuestro medio de 6.76/100000 habitantes, desarrollándose mayoritariamente en pacientes cirróticos. El cribado pretende un diagnóstico precoz que permita aplicar opciones terapéuticas que alarguen la supervivencia. Este estudio busca analizar características clínicas, demográficas y radiológicas al diagnóstico; el estadio tumoral, tratamiento recibido y la evolución de los pacientes diagnosticados en nuestro centro.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo de CHC diagnosticados en un hospital de tercer nivel entre enero de 2012 y mayo de 2018, incluyéndose 159 pacientes. Los datos se recogieron mediante revisión de historias clínicas digitales y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.

Resultados

La mayoría de los pacientes diagnosticados de CHC fueron varones (81.8%) con una edad media de 67.63 años y cirrosis hepática en el 92.5% de los casos. El estadio funcional, método diagnóstico y etiología se recoge en las **Tablas 1-3**.

La actitud terapéutica se basó en la clasificación de Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC): Once pacientes fueron remitidos para trasplante hepático (TH), recibiendo 10 de éstos terapia puente: quimioembolización (TACE), alcoholización (IPA) o microondas (MW).

Se realizó resección hepática (RH) en 21 pacientes, MW como tratamiento inicial en 28 y TACE en 41. En 5 pacientes el tratamiento

	Total N= 159	Cribado n= 100	No cribado n= 59	p
Edad media, años	67.63	67.11	68.78	0.008
Sexo, n (%)				0.91
Mujer	29 (18.2)	18 (18)	11 (18.6)	
Hombre	130 (81.8)	82 (82)	48 (81.3)	
Comorbilidades, n (%)				
Hipertensión	80 (50.3)	50 (50)	30 (50.8)	0.91
Diabetes mellitus	54 (34)	34 (34)	20 (33.9)	0.99
Otras neoplasias				0.4
Activa	14 (8.8)	8 (8)	6 (10.1)	
En remisión	18 (17.6)	9 (9)	9 (15.2)	
VIH	6 (3.8)	6 (6)	0	0.05

TABLA 1

Características epidemiológicas y demográficas.

	Total N= 159	Cribado n= 100	No cribado n= 59	p
Cirrosis, n (%)	147 (92.5)	95 (95)	52 (88.1)	0.11
Hipertensión portal, n (%)	105 (66)	65 (65)	40 (67.8)	0.71
Child-Pugh, n (%)				< 0.05
A	87 (54.7)	69 (69)	19 (32.2)	
B	43 (27.1)	25 (25)	19 (32.2)	
C	16 (10.1)	2 (2)	14 (23.7)	
Etiología, n (%)				0.04
VHC	58 (36.5)	42 (42)	16 (27.1)	
Endógena	52 (32.7)	30 (30)	22 (37.3)	
Mixta *	15 (9.4)	13 (13)	2 (3.4)	
EHGNA	11 (6.9)	4 (4)	7 (11.8)	
VHB	9 (5.7)	6 (6)	3 (5)	
Criptogénica	3 (1.9)	2 (2)	1 (1.7)	
Hepatitis autoinmune	1 (0.6)	1 (1)	0	
Tóxica	1 (0.6)	0	1 (1.7)	
Hemocromatosis	1 (0.6)	1 (1)	0	
Estudio no completado	7 (4.6)	1	6 (10.2)	

TABLA 2

Características clínicas y etiología.

inicial fue IPA y durante el transcurso de la enfermedad, 2 que iniciaron tratamiento con MW y/o TACE fueron tratados posteriormente con IPA. Se indicó tratamiento sistémico con Sorafenib en 22 individuos (en 10 inicialmente y en 12 más durante la evolución) (**Tabla 4**).

Se halló una supervivencia global a 1, 2, 3 y 4 años del 60,3%, 47,3%, 37% y 27% respectivamente con una mediana de 22 meses (IC 95% 16,11-27,89). Analizando la supervivencia en pacientes que recibieron tratamiento no paliativo (RH, TH, MW, IPA y TACE) la mediana aumentó a 43 meses (IC 95% 20,25-45,74).

	Total N= 159	Cribado n= 100	No cribado n= 59	p
Método diagnóstico, n (%)				0.47
Radiológico	128 (79.2)	81 (81)	45 (91.5)	
Histológico	33 (20.8)	19 (19)	14 (23.7)	
Características de la lesión, n (%)				0.30
Única < 2 cm	20 (12.6)	16 (16)	4 (6.8)	
Única ≥ 2 cm y < 3 cm	22 (13.8)	15 (15)	7 (11.9)	
Única ≥ 3 cm	60 (37.7)	34 (34)	26 (44.1)	
≤ 3 nódulos y ≤ 3 cm	8 (5)	6 (6)	2 (3.4)	
> 3 nódulos y/o > 3 cm	47 (29.5)	27 (27)	20 (33.99)	
Invasión portal, n (%)	25 (15.7)	11 (11)	14 (23.7)	0.03
Extensión extrahepática, n (%)	18 (11.3)	10 (10)	8 (13.5)	0.49
Estadio BCLC, n (%)				<0.05
0	6 (3.8)	5 (5)	1 (1.7)	
A	63 (39.6)	48 (48)	15 (25.4)	
B	29 (18.2)	23 (23)	6 (10.2)	
C	31 (19.5)	21 (21)	10 (16.9)	
D	30 (18.9)	3 (3)	27 (45.7)	

TABLA 3
Características tumorales y diagnóstico.

	Total N=159	Cribado n=100	No cribado n= 59	p
Tratamientos totales				<0.05
Trasplantados totales, n (%)	11 (6.8)	10 (10)	1 (1.7)	
Inicialmente	1 (0.6)	1 (1)	0	
Tras terapia puente	10 (6.2)	9 (9)	1 (1.7)	
Resección total, n (%)	21 (13.2)	15 (15)	6 (10.2)	
RF Inicial, n (%)	28 (17.6)	24 (24)	4 (6.8)	
RF con intención terapia puente	4 (2.5)	4 (4)	0	
TACE Inicial, n (%)	41 (25.8)	32 (32)	9 (15.2)	
TACE con intención terapia puente*	5 (3.1)	5 (5)	0	
IPA total, n (%)	9 (5.6)	5 (5)	2 (3.4)	
IPA inicial	5 (3.1)	4 (4)	1 (1.7)	
IPA durante el seguimiento	2 (1.2)	1 (1)	1 (1.7)	
Terapia sistémica total, n (%)	22 (12.5)	17 (17)	5 (8.4)	
Terapia sistémica inicial	10 (6.28)	7 (7)	3 (5)	
Terapia sistémica durante el seguimiento	12 (7.54)	10 (10)	2 (3.4)	
Tratamiento sintomático total, n (%)	64 (40.25)	20 (20)	39 (66.1)	
Tratamiento sintomático inicial	53 (33.3)	16 (16)	37 (62.7)	
Tratamiento sintomático durante el seguimiento	11 (6.9)	4 (4)	2 (3.4)	

TABLA 4
Tratamiento recibido.

Se determinó el impacto del cribado en el diagnóstico precoz, identificándose diferencia estadísticamente significativa según estadios de BCLC (Figuras 1 y 2).

De igual modo, la supervivencia fue superior en los pacientes procedentes de cribado [mediana de supervivencia de 33 meses (IC 95% 20,25-45,74) frente a 6 (IC 95% 1,97-10,01)] (Figura 3). Finalmente, comparando la supervivencia en función del estadio de BCLC, se objetivaron diferencias estadísticamente significativas (Figura 4).

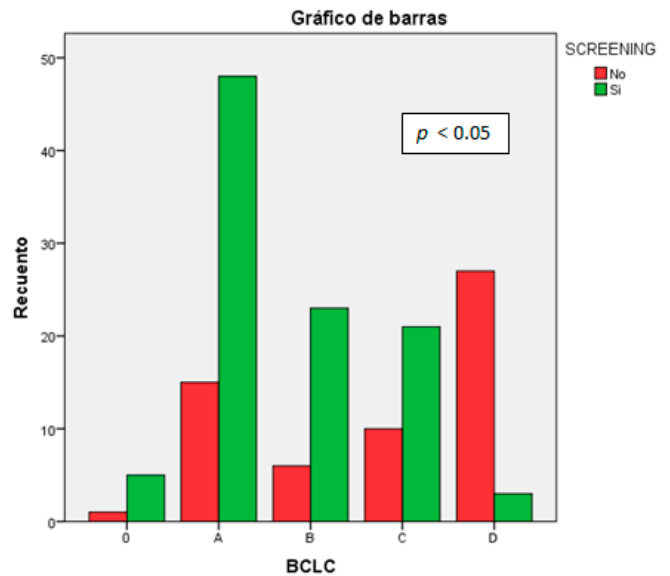


FIGURA 1
Distribución según estadios BCLC al diagnóstico en función del cribado.

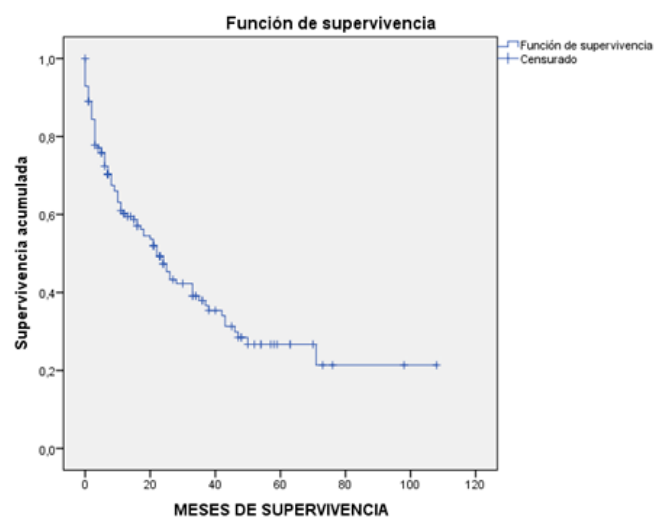


FIGURA 2
Supervivencia global.

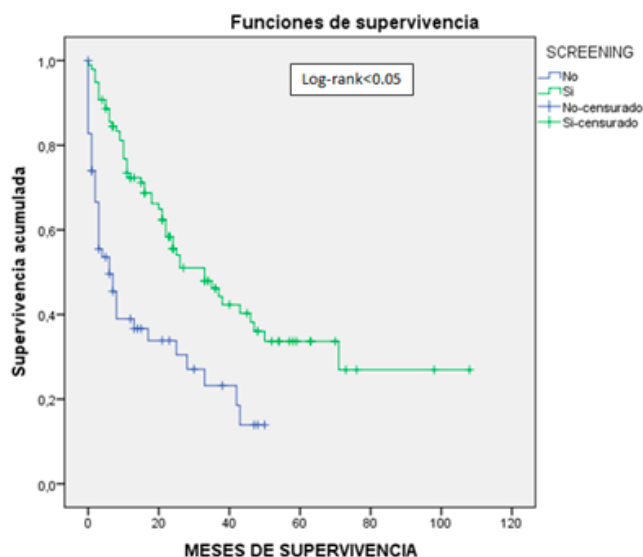


FIGURA 3
Supervivencia según cribado.

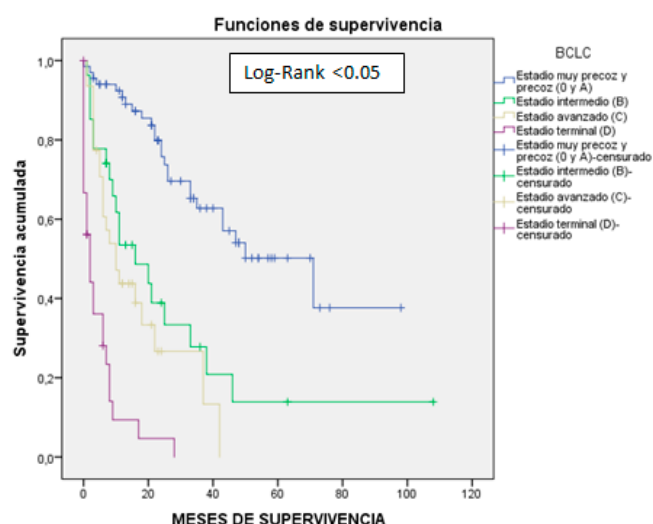


FIGURA 4
Supervivencia según estadios de BCLC.

Conclusiones

Los datos de nuestro estudio avalan la importancia de mantener un programa de cribado y diagnóstico de CHC en los pacientes cirróticos, para evitar diagnósticos tardíos que ensombrezca el pronóstico.

CO-07. RIESGO DE SANGRADO EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON TROMBOPENIA QUE ACUDEN DE MANERA AMBULATORIA A LA LIGADURA ENDOSCÓPICA

RODRÍGUEZ DELGADO C, DEL PINO BELLIDO P, GUERRA VELOZ MF, CORDERO RUIZ P, BELLIDO MUÑOZ F, CAUNEDO ÁLVAREZ A, CARMONA SORIA I

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

El 78% de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática presentan trombopenia, no obstante, en menos del 20% es severa. Se ha descrito a la trombopenia severa como un factor de riesgo para el sangrado en procedimientos endoscópicos, sin embargo, no hay un consenso sobre la necesidad de trasfusión de plaquetas o plasma fresco congelado (PFC) previo a la ligadura endoscópica de varices en pacientes con cirrosis hepática. Es por esto que el objetivo de nuestro estudio es conocer la influencia de la trombopenia en el sangrado por ligadura endoscópica (LE), en pacientes cirróticos que acuden de manera ambulatoria.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo que incluye pacientes con enfermedad hepática crónica que acuden de forma ambulatoria para la realización de una ligadura endoscópica (LE); tanto en profilaxis primaria como secundaria durante los años 2016-2019 en el Hospital Universitario Virgen Macarena. Se recogieron características basales de los pacientes, función hepática (Child-Pugh y MELD), número de plaquetas y de INR más próximo al procedimiento endoscópico, y las complicaciones tras el mismo definidas: sangrado inmediato (<72 horas), sangrado tardío (hasta 7 días tras la colocación de la ligadura y tras los primeros 7 días) y muerte. La trasfusión de plaquetas o plasma fresco congelado (PFC) fue a decisión del médico que realizó la exploración.

Resultados

Se incluyeron 73 pacientes en los que se realizó LE. El 78,1% fueron hombres con una mediana de 62 años, y buena función hepática (60,3 % Child A, MELD 10,94) (Tabla 1). El 58,9% de LE se solicitaron como profilaxis secundaria. El 42,5% presentaron trombopenia moderada, y el 27,4% trombopenia leve. De los 10 pacientes con trombopenia severa, en 3 se transfundieron 1 pool de plaquetas previo al procedimiento. No se transfundió PFC durante el procedimiento.

Se registraron 6 eventos de sangrado, 2 inmediatos, en el procedimiento endoscópico que no precisaron de otro tratamiento, y 4 tardíos (Tabla 2). Los episodios tardíos se consideraron sangrado de las escaras, 1 paciente fallece por esta causa.

Al analizar las características de pacientes que presenta sangrado endoscópico VS los que no presentan (Tabla 3), solo la profilaxis secundaria muestra una tendencia mayor para el sangrado. La

Características	Pacientes (n=73)
Sexo hombres (n,%)	57 (78.1)
Edad	62 (54 – 71)
Etiología (n, %)	
VHC	5 (6.8)
Enólica	35 (47.9)
VHB	2 (2.7)
Autoinmune	3 (4.1)
NASH	11 (15.1)
Enólica y VHC	8 (11)
Enólica y VHB	3 (4.1)
Enólica y NASH	2 (2.7)
No filiada	4 (5.5)
Profilaxis (n, %)	
Primaria	30 (41.1)
Secundaria	43 (58.9)
Child-Pugh (n, %)	
A	44 (60.3)
B	27 (37)
C	2 (2.7)
MELD (media ± DE)	10.94 ± 3.69
Plaquetas	93 x10 ³ (65x10 ³ – 130x10 ³)
INR (mediana)	1.20 (0.9 – 2.83)
Grado de trombopenia (n, %)	
No trombopenia	12 (16.4)
Leve (100.000-150.000)	20 (27.4)
Moderada (50.000-100.000)	31 (42.5)
Severa (<50.000)	10 (13.7)

TABLA 1

Características de los pacientes que se realizaron ligadura endoscópica durante los años 2016-2019.

	Durante el procedimiento (n=2)	Primeras 72 horas- 7 días (n=1)	Posterior a 7 días tras procedimiento (n=3)	Muerte por sangrado (n=1)
Grado de trombopenia				
No trombopenia (n=12)	1 (8.3)	0 (0)	0 (0)	
Leve (n=20)	1 (5)	0 (0)	2 (10)	1 (5)
Moderada (n=31)	0 (0)	1 (3.2)	1 (3.2)	0 (0)
Severa (n=10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Child-Pugh (n, %)				
A (n= 44)	1 (2.3)	0(0)	2 (4.5)	1(2.3)
B (n=27)	1 (3.7)	1 (3.7)	1 (3.7)	0 (0)
C (n = 2)	0(0)	0(0)	0 (0)	0 (0)

TABLA 2

Complicaciones por sangrado en los pacientes que se realizaron ligadura endoscópica durante los años 2016-2019 según el grado de trombopenia y la función hepática.

función hepática (MELD, CHILD) el grado de trombopenia y la trasfusión de plaquetas no se relacionan con el riesgo de sangrado.

Conclusiones

La LE se muestra como un procedimiento seguro en pacientes cirróticos con trombopenia, inclusive si esta es severa.

	Sangrado pos-LE SI = 6	Sangrado pos-LE No= 67	p
Sexo hombres (n,%)	5 (83.3)	52 (77.6)	0,849
Edad	59 (49 – 76)	62 (55-71)	
Profilaxis (n, %)			0,403
Primaria	1 (16.7)	29 (43.3)	
Secundaria	5 (83.3)	38 (56.7)	
Child-Pugh (n, %)			0,848
A	3 (50)	41 (61.2)	
B	3 (50)	24 (35.8)	
C		2 (3)	
MELD (mediana)	9.5 (7.25 – 11.5)	10 (9- 12)	
Plaquetas	110 x10 ³ (64x10 ³ – 154x10 ³)	93 x10 ³ (61x10 ³ – 131x10 ³)	
INR (mediana)	1.29 (1.2 – 1.73)	1.20 (1.10 – 1.3)	
Grado trombopenia			0,778
No trombopenia	1 (16.7)	11 (16.4)	
Leve	3 (50)	17 (25.4)	
Moderado	3 (33.3)	29 (43.3)	
Severo	0	10 (14.9)	
Transfusión plaquetas si	0 (0)	3 (4.5)	0,586

TABLA 3

Características basales de pacientes que presentaron sangrado pos-LE.

CO-08. VALOR DE LA ELASTOGRAFÍA TRANSICIONAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA. ANÁLISIS PRELIMINAR.

LÓPEZ GONZÁLEZ J¹, CASADO MARTÍN M¹, CAMPOS SERRANO N¹, GARCÍA TORRECILLAS JM², VEGA SÁENZ JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²SERVICIO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Analizar la presencia de esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y EHNA con fibrosis avanzada (FA), en pacientes con enfermedad hepática por depósito de grasa (NAFLD) y rigidez hepática (RH) elevada, así como identificar los posibles factores asociados a la existencia de FA en estos pacientes.

Material y Métodos

Estudio prospectivo que incluye la totalidad de pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de NAFLD atendidos en nuestra consulta desde enero de 2019, en los que la elastografía transicional mostró una RH mayor de 8 kPa. Una vez identificados los pacientes procedimos evaluar la presencia de NASH y el grado de fibrosis mediante la realización de una biopsia hepática.

Se presentan los resultados preliminares de los primeros pacientes incluidos.

Hemos registrado variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, elastográficas e histológicas.

Hemos definido FA como la presencia de fibrosis grado 3 o 4, y Fibrosis leve (FL) como la presencia de Fibrosis grado 1, 2 o ausencia de fibrosis.

Resultados

El estudio incluyó un total de 23 pacientes, cuyas características se describe en la **Tabla 1**. El estudio histológico demostró EHNA en 21 pacientes (91%), 11 de ellos con FA (48%).

Los pacientes con EHNA y FA, presentaban cifras de GGT significativamente más altas (135 vs 83, $p=0,041$) que los pacientes

con FL, así como cifras más bajas de triglicéridos (152 vs 173 $p=0,036$). El valor del APRI fue significativamente mayor en los pacientes con EHNA y FA que en los pacientes con FL (0,8 vs 0,4, $p=0,031$). La RH media de los pacientes con EHNA y FA avanzada fue de 14,1 kPa frente a 9,9 kPa en los pacientes con FL ($p=0,004$).

Conclusiones

La mayoría de los pacientes con NAFLD y RH > 8 KpA tienen EHNA, de ellos la mitad tienen FA. Los valores de GGT, triglicéridos, APRI y de RH, son variables probablemente asociadas a la presencia de FA en estos pacientes. Estos datos preliminares podrían, si se confirman en una serie más amplia, ayudar a identificar pacientes con EHNA y alto riesgo de NASH y NASH con FA, pudiendo evitar la necesidad de una biopsia hepática.

CO-09. MODELO PREDICTIVO PREMM5: MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE LYNCH

DELGADO MAROTO A¹, AMADO VILLANUEVA PP¹, DIEGUEZ CASTILLO C¹, BARRIENTOS DELGADO A²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

El modelo PREMM5 es un algoritmo de predicción clínica que estima la probabilidad de que un individuo sea portador de una mutación germinal en los genes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 o EPCAM responsables del síndrome de Lynch. Dicho modelo utiliza los antecedentes tanto personales como familiares (1º y 2º grado) de los distintos tipos de tumores asociados a dicho síndrome y la edad de diagnóstico.

El objetivo de nuestro estudio es valorar la utilidad del modelo PREMM5 en comparación con los criterios tradicionales de Amsterdam II y Bethesda revisados para identificar sujetos con alta sospecha de padecer síndrome de Lynch.

Material y Métodos

Presentamos un estudio descriptivo en el que se incluyen pacientes con diagnóstico de síndrome de Lynch en seguimiento en la consulta de alto riesgo del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Se han registrado las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales y familiares de 1º y 2º grado de tumores del espectro Lynch, edad de diagnóstico, criterios Amsterdam II y Bethesda revisados (**Tabla 1**), PREMM5 (siendo positivo un valor > 2,5%), inmunohistoquímica (IHQ) y mutación germinal.

Resultados

La edad media es 47,1 años y el 65,5 % son varones.

El 55,2% (16/29) han padecido cáncer mostrándose los tipos de tumores en la **Figura 1**, presentado 2 sujetos tumores metacrónicos de CCR-endometrio y CCR-renal respectivamente. La edad media

VARIABLES		RESULTADO (N=23)
EDAD		60.09 (±9.69)
SEXO	Hombre	9 (39.2%)
	Mujer	14 (60.8%)
HTA		17 (73.9%)
DISLIPEMIA		15 (65.2%)
DIABETES		15 (65.2%)
OBESIDAD		23 (100%)
GOT		42.27 (±24.91)
GPT		52.68 (±35.02)
HB GLICOSIDADA		6.32 (±1.23)
COLESTEROL		197.18 (±33.6)
TRIGLICERIDOS		163.1 (±69.15)
FIBROSIS AVANZADA		11 (47.8%)
RIGIDEZ HEPÁTICA		12.3 (±4.76)
FIB-4	<1.33	9 (39.1%)
	1.33-2.66	11 (47.8%)
	>2.66	3 (13.1%)
FIB-4 (media)		1.81 (±1.3)
APRI	<0.5	13 (56.5%)
	0.5-1.5	8 (34.7%)
	>1.5	2 (8.6%)
APRI (media)		0.64 (±0.56)

TABLA 1

Características de los pacientes y las diferentes variables incluidas en el estudio.

al diagnóstico es de 40,3 años, siendo en 5 casos detectados en la vigilancia tras el diagnóstico de síndrome de Lynch.

En las piezas quirúrgicas de 6 de los tumores se realizaron IHQ, 5 en CCR y 1 en endometrio. El resultado fue positivo en 5 casos detectando en 3 pérdida de expresión para MLH1/PM2 y en 2 pérdida para MSH2/MSH6.

Criterios de Ámsterdam II

- 3 o más individuos afectados de CCR o neoplasia relacionada (endometrio, intestino delgado uréter o pelvis renal), uno de ellos familiar de primer grado de los otros dos
- Afectación de 2 generaciones consecutivas
- Un caso al menos diagnosticado antes de los 50 años

*Se deben cumplir los 3

Criterios de Bethesda revisados

- CCR diagnosticado antes de los 50 años
- CCR sincrónico o metacrónico, u otra neoplasia relacionada (endometrio, estómago, ovario, páncreas, urinario, cerebro, intestino delgado) con independencia de la edad
- CCR con infiltración linfocitaria, células en anillo de sello o crecimiento medular diagnosticado antes de los 60 años
- Paciente con CCR y uno o más familiares de 1º grado con CCR o neoplasia relacionada (endometrio, estómago, ovario, páncreas, urinario, cerebro, intestino delgado) diagnosticada antes de los 50 años
- Paciente con CCR y dos o más familiares de 1º o 2º grado con CCR o neoplasia relacionada (endometrio, estómago, ovario, páncreas, urinario, cerebro, intestino delgado) con independencia de la edad

**Se deben cumplir al menos 1

TABLA 1

Criterios de Amsterdam II y Bethesda modificados.

Tumores en pacientes con síndrome de Lynch

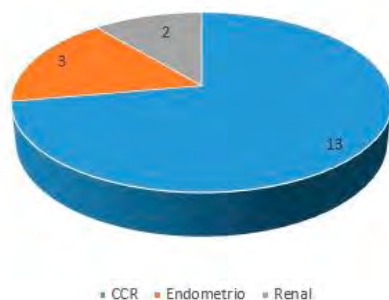


FIGURA 1

Tumores del espectro Lynch en pacientes afectos.

Criterios sospecha síndrome Lynch
(n= nº casos)

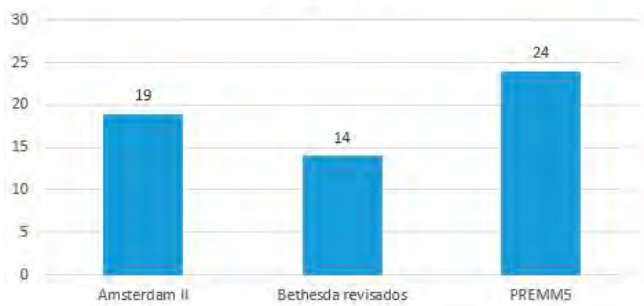


FIGURA 2

Criterios para sospechar síndrome de Lynch.

El 65,5 % de los sujetos cumplían criterios Ámsterdam II, un 48,3 % criterios Bethesda revisados y un 82,8 % mostraron un modelo PREMM5 positivo (Figura 2).

Conclusiones

Los resultados ponen en valor la utilidad del modelo predictivo PREMM5 siendo recomendable implementar su uso en la práctica clínica diario con la finalidad de mejorar la detección de familias susceptibles de padecer síndrome de Lynch.

CO-10. PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: RESULTADOS ENCUESTA ACCU.

FERNÁNDEZ ALVAREZ P, BELVIS JIMENEZ M, MALDONADO PÉREZ B, CASTRO LARIA L, CAUNEDO ALVAREZ A, ARGÜELLES-ARIAS F

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La pandemia por el SARS-COV2 ha implicado un cambio sustancial en la atención a pacientes con patologías digestivas, en especial a pacientes con EII, por estar tratados con fármacos inmunomoduladores. En este sentido, algunas guías nacionales e internacionales han indicado las normas a tener en cuenta. No obstante, pocos trabajos han evaluado cómo han afrontado los pacientes esta infección. Por ello, hemos realizado este estudio con el objetivo de conocer cómo la pandemia COVID-19 ha afectado a pacientes con EII.

Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional basado en la realización de una encuesta online entre los miembros de la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) de Sevilla que constaba de 19 preguntas. La cumplimentación de la encuesta se realizó entre abril y junio de 2020.

Resultados

Participaron 168 pacientes de la ACCU, de los cuales un 58% eran mujeres, el 63,7% tenían una EC y el 53% recibían tratamiento biológico. Un 5% fueron infectados por el SARS-CoV2, todos ellos varones. La principal preocupación de los pacientes era el miedo a adquirir la infección (80,9%) (Figura 1A). La mayoría (94,7%) recibieron atención de forma telefónica y de ellos el 87% valoraron esta asistencia de forma óptima (Figuras 1B y 1C). Más del 90% continuaron con su tratamiento inmunosupresor y biológico (Figura 2A). El 76,9% de los pacientes con necesidad de infusiones intravenosas acudieron normalmente a la Unidad de Día (Figura 2B). Respecto a tratamientos subcutáneos, al 35,4% les enviaron el fármaco al domicilio, el 35,4% acudió a Farmacia hospitalaria a recogerlo y en los casos restantes acudió un familiar en su lugar (Figura 2C). La mitad de los pacientes teletrabajaron durante el período de pandemia.

El análisis comparativo según sexo y edad se muestra en las **tablas 1 y 2**, respectivamente.

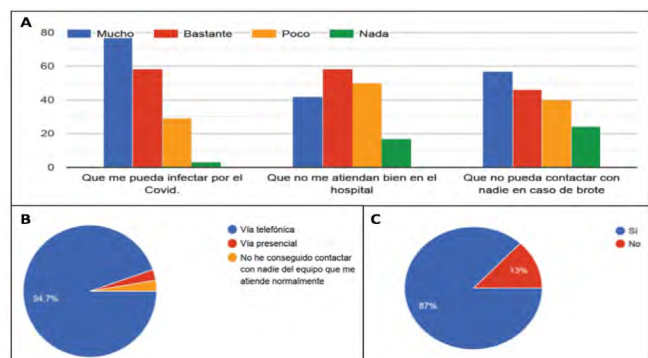


FIGURA 1

A) ¿Qué es lo que más preocupa en relación a su enfermedad? B) Si ha precisado atención, ¿cómo le han atendido? C) ¿Piensa que la atención telefónica ha sido útil y puede serlo en un futuro?

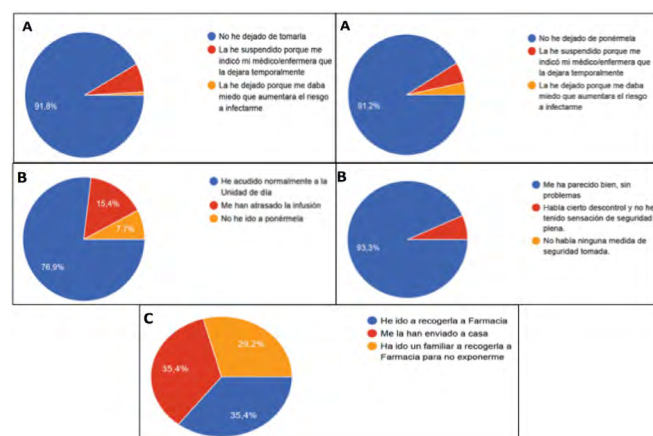


FIGURA 2

A) Adherencia medicación inmunosupresora (izda) y biológica (dcha). B) Asistencia a la Unidad de Día (izda). Opinión a cerca de la atención y seguridad recibida (dcha). C) Recogida de formulaciones sc.

	SEXO				
	Hombre		Mujer		p
	N	%	N	%	
	¿Ha sufrido o tiene infección por Covid-19?				
- No	76	93.8	87 ¹	100 ¹	0.024 ¹
- Si	5 ¹	6.2 ¹	0	0	
	Si su medicación biológica es subcutánea				
- He ido personalmente a Farmacia	13 ¹	52 ¹	4	16.7	0.033 ¹
- Ha ido un familiar a Farmacia	6	24	9	37.5	
- Me la han enviado a casa	6	24	11	45.8	

TABLA 1

Resultados significativos del estudio comparativo según sexo.

	EDAD								p
	< 20		21- 40		41 - 60		> 60		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tipo de enfermedad									
- Enfermedad de Crohn	4	44.4	52 ¹	74.3 ¹	47	63.5	4	26.7	0.002 ¹
- Colitis ulcerosa	3	33.3	17	24.3	24	32.4	10 ¹	66.7 ¹	
- Colitis indeterminada	2 ¹	22.2 ¹	1	1.4	3	4.1	1	6.7	
Tratamiento principal que reciben									
- 5-ASA (oral/tópica)	5 ¹	55.6 ¹	6	8.6	16	21.6	8 ¹	53.4 ¹	<0.001 ¹
- Inmunosupresor	1	11.1	26 ¹	37.1 ¹	16	21.6	1	6.7	
- Biológico	3	33.3	38	54.3	42	56.8	6	40	
En caso de tener prescrita medicación biológica									
- Dejo de tomarla por decisión propia	0	0	1	2.5	1	2.3	1	16.7	0.014 ¹
- Suspendida por criterio médico	0	0	0	0	3	7.0	2 ¹	33.3 ¹	
- No ha dejado de ponérsela	3	100	39	97.5	39	90.7	3	50	
En caso de que su medicación prescrita sea un biológico de administración intravenosa									
- He acudido normalmente a la U. de Día	0	0	22 ¹	95.7 ¹	17	65.4	2	50	<0.001 ¹
- Me han atrasado infusión	0	0	0	0	8 ¹	30.8 ¹	0	0	
- No he acudido	0	0	1	4.3	1	3.8	2 ¹	50 ¹	
Si ha acudido a administrarse la infusión intravenosa, ¿qué piensa de la atención y seguridad de la Unidad de Día?									
- Había cierto descontrol y no he tenido sensación de seguridad plena	0	0	1	4.5	1	4.5	1 ¹	50 ¹	0.039 ¹
- Me ha parecido bien	0	0	21	95.5	21	95.5	1	50	

TABLA 2

Resultados significativos del estudio comparativo según sexo.

Conclusiones

Dentro de una unidad especializada que requiere un manejo selectivo e individualizado de los pacientes, como es el área de la patología inflamatoria intestinal, consideramos fundamental tener presente la perspectiva y la opinión de nuestros pacientes. Transmitir información respecto a los nuevos avances, así como el impacto que pueda ocasionar sobre su enfermedad y contar con su aprobación ante cualquier cambio en el seguimiento o estrategia terapéutica es imprescindible para conseguir una adecuada adherencia y por consiguiente, una mejor evolución de la enfermedad.

Son necesarios más trabajos que evalúen el impacto que situaciones excepcionales como la pandemia COVID-19 puede ocasionar sobre los pacientes con EII para mejorar la adherencia y el control de la enfermedad.

SESIÓN III

CO-11. RENTABILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA ± PAAF EN EL ESTUDIO DE LESIONES SUBEPITELIALES MENORES O IGUALES A 20MM

BARRANCO CASTRO D, MUÑOZ GARCÍA-BORRUEL M, RODRÍGUEZ TÉLLEZ M, ROMERO CASTRO R, GARRIDO SERRANO A, JIMÉNEZ GARCÍA VA, CAUNEDO ÁLVAREZ Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.