

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

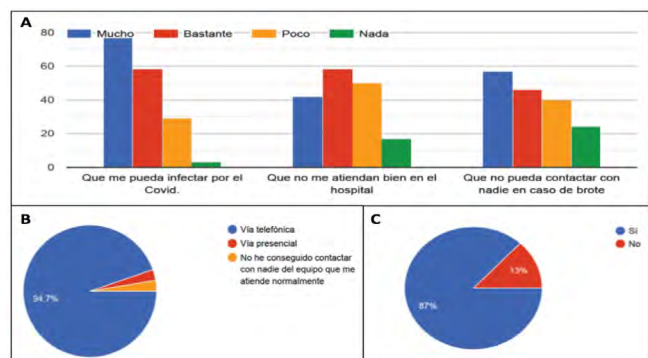


FIGURA 1

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?

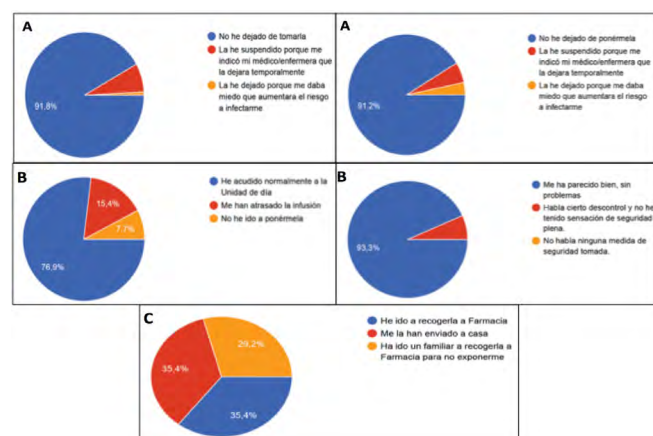


FIGURA 2

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.

Introducción

La mayoría de las lesiones subepiteliales (LSE) de pequeño tamaño son benignas, sin embargo las malignas pueden ser endoscópicamente similares, por lo que la ecoendoscopia juega un papel importante para la caracterización de este tipo de lesiones. La PAAF es la técnica más usada para obtener tejido de LSE localizadas en la capa submucosa o muscular, con una precisión diagnóstica variable, que aumenta en lesiones grandes y en localización gástrica.

El objetivo de este estudio es evaluar el rendimiento diagnóstico de la ecoendoscopia±PAAF en el estudio de las LSE ≤20mm.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo y unicéntrico que incluye todas las ecoendoscopias realizadas entre octubre 2011 y marzo 2020 solicitadas para estudio de LSE tras hallazgo incidental en gastroscopia previa. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo), hallazgos ultrasonográficos, aspectos técnicos de la PAAF y seguimiento 1-3 años. Se calculó la precisión diagnóstica de la ecoendoscopia±PAAF para detectar lesiones malignas ≤20mm.

Resultados

Se registraron 92 ecoendoscopias en pacientes con una edad media de 59,1±14,85 años, siendo un 53,3% mujeres y un 46,7% varones. La localización más frecuente fue la gástrica (77,1%, ver tabla). Todas las exploraciones fueron realizadas bajo sedación profunda con propofol y utilizando ecoendoscopio lineal. Se realizaron 21 PAAF. No se registraron complicaciones.

El 60,9% (56) de las LSE tenían un tamaño ≤20mm, siendo el 67,9% hipoecogénicas. El 30,4% se localizaba en la segunda capa, el 55,4% en submucosa y el 14,3% en la muscular propia.

Se realizó PAAF al 14,3% de las lesiones, con agujas de 22G (37,5%) y 25G (62,5%). Ocho LSE fueron sugestivas de malignidad (4 de tumor del estroma gastrointestinal (GIST), 3 tumores granulares y 1 metástasis de tumor seroso papilar de ovario conocido). Se realizó resección quirúrgica en 3 de ellas, con pieza quirúrgica compatible con GIST y 2 leiomiomas, y mucosectomía de 1 tumor de células granulares, confirmando el diagnóstico. En la cuarta lesión sugestiva de GIST se decidió seguimiento endoscópico, sin cambios en el tamaño a los 3 años de seguimiento.

Se calculó la validez diagnóstica de ecoendoscopia±PAAF, considerando como gold standard la histología (resección quirúrgica/endoscópica/biopsia sobre biopsia/unroofing).

En nuestro medio la ecoendoscopia±PAAF presenta una sensibilidad para el diagnóstico de malignidad en LSE ≤20mm del 100%, con una especificidad del 78%, VPP 50% y VPN 100%.

Conclusiones

La ecoendoscopia±PAAF es una técnica segura y presenta un rendimiento diagnóstico adecuado en lesiones LSE de pequeño tamaño, sin embargo el bajo tamaño muestral limita los resultados.

Sexo (N=92)	Varón 46,7% (43)	Mujer 53,3% (49)
Edad (años) (N=92)	59,1±14,85	
Localización anatómica (N=92)	Esófago	17,4% (16)
	Fundus	15,2% (14)
	Cuerpo	14,1% (13)
	Antro	46,7% (43)
	Duodeno	6,6% (6)
Tamaño de la LSE (N=92)	Menores o iguales a 20mm	60,9% (56)
	20-50mm	28,3% (26)
	Mayores o iguales a 50mm	10,9% (10)
Diagnóstico por Ecoendoscopia±PAAF (N=74)	GIST	37,84% (28)
	Heterotopia pancreática	21,62% (16)
	Leiomioma	14,86% (11)
	Lipoma	10,81% (8)
	Quiste de duplicación	5,41% (4)
	Tumor de células granulares	4,05% (3)
	Fibroma	2,70% (2)
	Pólipo fibroide	1,35% (1)
	Metástasis de tumor primario conocido	1,35% (1)
		1,35% (1)

TABLA 1

Características basales de las lesiones subepiteliales.

CO-12. ANÁLISIS DE FACTORES QUE AFECTAN LA SEGURIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ELASTOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (ERM) EN PACIENTES CON MAFLD.

JIAXU L¹, CASTELL J², FERNÁNDEZ I³, MONTERO R¹, D'INGIANNIA P¹, GÓMEZ E³, AMPUERO J¹, ROMERO GÓMEZ M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ²UGC RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ³GRUPO FÍSICA INTERDISCIPLINAR. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA.

Introducción

Analizar los factores que afectan la concordancia de los resultados de ERM con los estadios de fibrosis hepática en la biopsia.

Material y Métodos

Se incluyeron 38 pacientes con Enfermedad Hepática Metabólica (EHmet) sometidos a biopsia hepática y estudio mediante ERM. Los pacientes se clasificaron según la concordancia entre los estadios de fibrosis y los resultados de RME. En 27 pacientes la concordancia fue perfecta mientras en 11 casos se encontraron discrepancias. Comparamos el efecto de datos clínicos (índice de masa corporal, perfil hepático, metabólico y renal), radiológicos (R2*, T2*, diámetro vena cava inferior, diámetro del bazo, grosor del páncreas adiposo, circunferencia abdominal e histológicos (esteatosis, esteatohepatitis y fibrosis). Los datos se analizaron mediante exacto de Fisher, Chi-cuadrado, t-student, U-Mann-Whitney, Spearman y Regresión Logística binaria.

Resultados

Dentro de los datos radiológicos, el valor de R2* estaba significativamente elevado en el grupo no concordante (60,95±19,14 vs. 47,06±9,34; p<0,05). Por otro lado, el análisis de regresión logística binaria demostró que el valor de R2* (β=6,764, p=0,009) y el diámetro del Bazo (β=5,713; p=0,017) son factores independientes que influyen en la seguridad diagnóstica de la RME.

Conclusiones

El valor R2*, como marcador subrogado de concentración intrahepática de hierro, afecta de forma independiente a la seguridad diagnóstica de la elastografía por resonancia magnética junto al diámetro del bazo. La elastografía hepática debería corregirse por la sobrecarga hepática de hierro.

CO-13. MANIFESTACIONES HEPÁTICAS EN COVID-19 Y LA INFLUENCIA DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS PREEXISTENTES EN EL CURSO DE LA INFECCIÓN

VÍAS PARRADO C, CADENA DELGADO ML, DEL PINO BELLIDO P, GUERRA VELOZ MF, CORDERO RUIZ P, BELLIDO MUÑOZ F, CAUNEDO ÁLVAREZ Á, CARMONA SORIA I

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

Introducción

Algunas comorbilidades se han asociado con un impacto negativo en la gravedad del curso de COVID-19. Los pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC) avanzada pueden tener un mayor riesgo de evolución grave debido a la disfunción inmunológica asociada a la cirrosis. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de EHC en pacientes con COVID-19 y analizar el curso de la infección en comparación con pacientes sin enfermedad hepática.

Material y Métodos

Se trata de un estudio unicéntrico retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes con reacciones en cadena de la polimerasa (PCR) del SARS-Cov2 positivas del 23 de marzo al 30 de abril de 2020. Los datos clínicos y bioquímicos de los pacientes con y sin EHC y COVID-19 se recopilaban mediante historias clínicas.

Resultados

Se incluyeron 447 pacientes con PCR positiva para SARS-Cov2, el 6,3% tenía EHC. El 69,7% de los pacientes con EHC eran varones, con una mediana de edad de 65,5 años. El 75% tenía fibrosis hepática no avanzada, la mayoría de ellos enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA).

La tasa de ingresos hospitalarios (92,9% vs 47,7% p <0,001), las comorbilidades (diabetes 38,5 vs 16,5% p = 0,011; obesidad 30,8 vs 8,5% p = 0,033; cáncer 23,1 vs 5% p = 0,027 y EPOC 19,2 vs 9% p = 0,009) y el tratamiento con antibióticos concomitantes (19,3 vs 5%; p = 0,018) fueron mayores en pacientes con EHC que en aquellos sin EHC.

La tasa de mortalidad hospitalaria fue similar en ambos grupos (30,8 vs 19,6% p = 0,289). La presencia de EHC no se asoció con la mortalidad (OR = 1,06; IC 95% = 0,35-3,18; p = 0,924), sin embargo, en el análisis univariante, el sexo (masculino), la presencia de obesidad y el tratamiento concomitante con antibióticos se asociaron como factor de riesgo para la mortalidad en pacientes con EHC y COVID-19.

	Enfermedad hepática crónica N= 25 (%)	Sin enfermedad hepática n=200 (%)	p
Sexo varón n (%)	18 (69.2)	107 (53.5)	0.094
Edad media (IQR)	65,5 (58,5-73,25)	63 (47-73,75)	0.327
Consumo de alcohol activo n (%)	6 (23.1)	4 (2.0)	<0.001
Fumador (%)	4 (15.4)	3 (1.5)	0.004
Comorbilidades n (%)			
Cáncer	6 (23.1)	16 (8.0)	0.027
Hipertensión	15 (57.7)	89 (44.5)	0.145
Enfermedad arterial coronaria	2 (7.7)	15 (7.5)	0.608
Fallo cardíaco congestivo	4 (15.4)	12 (6.0)	0.096
Asma	1 (3.8)	11 (5.5)	0.588
EPOC	5 (19.2)	8 (4.0)	0.009
Apnea obstructiva del sueño	3 (11.5)	17 (8.5)	0.411
VIH	1 (3.8)	3 (1.5)	0.389
Historia previa de trasplante de órgano	0 (0)	3 (1.5)	0.692
ERC- diálisis	0 (0)	2 (1)	0.783
ERC- no diálisis	0 (0)	8 (4)	0.370
Diabetes	10 (38.5)	33 (16.5)	0.011
Obesidad	8 (30.8)	17 (8.5)	0.033
Ingreso hospitalario			
Unidad de cuidados intensivos	3 (11.5)	28 (14.0)	0.507
Unidad de cuidados intermedios	5 (19.2)	6 (3.0)	0.004
Unidad de enfermedades infecciosas	24 (92.3)	172 (86)	0.294
Soporte respiratorio			
Ventilación mecánica invasiva	2 (7.7)	19 (9.5)	0.555
CPAP o presión positiva no invasiva	5 (19.2)	38 (19.0)	0.577
Tratamiento			
Hidroxiquina	22 (84.6)	172 (86)	0.520
Lopinavir/ritonavir	21 (80.8)	164 (82)	0.529
Remdesivir	0	3 (1.5)	0.692
Interferon	1 (3.8)	7 (3.5)	0.630
Tocilizumab	2 (7.7)	7 (3.5)	0.277
Corticosteroides	7 (26.9)	49 (24.5)	0.476
Antibióticos	5 (19.3)	10 (5)	0.018
Días de estancia hospitalaria	8 (5,25-14,75)	7 (5-13)	0.696
Mortalidad	8 (30.8)	39 (19.6)	0.289
Altas hospitalarias	18 (69.2)	152 (76.4)	0.579

TABLA 1

Características demográficas de los paciente con SARS-COV2 PCR positiva ingresados en el hospital con y sin EHC.

Pacientes ingresados	Univariante		Multivariante	
	OR (95% IC)	p	OR (95% IC)	p
Sexo (varón)	1.56 (0.82-2.98)	0.177	1.53 (0.73-3.19)	0.261
Hipertensión	1.28 (0.67-2.43)	0.455	2.20 (0.91-5.33)	0.081
Fallo cardíaco congestivo	5.79 (2.03-16.51)	0.001	5.66 (1.64-19.54)	0.006
Enfermedad arterial coronaria	5.03 (1.82-13.89)	0.002	4.95 (1.51-16.27)	0.008
EPOC	5.02 (1.60-15.74)	0.006	5.28 (1.48-18.86)	0.010
Cáncer	2.05 (0.78-5.41)	0.147	1.99 (0.66-5.93)	0.220
Diabetes	1.89 (0.89-3.99)	0.097	1.71 (0.69-4.22)	0.247
Obesidad	1.23 (0.46-3.26)	0.685	1.30 (0.41-4.12)	0.651
EHC	1.82 (0.74-4.50)	0.192	1.06 (0.35-3.18)	0.924
Edad (mediana 73 (61-80))	1.030 (1.009-1.051)	0.005	1.018 (0.996-1.040)	0.104

TABLA 2

Análisis de comorbilidades asociadas con la mortalidad en pacientes ingresados con COVID-19.

	Enfermedad hepática crónica N= 26 (%)	Sin enfermedad hepática n=200 (%)	p
Sexo varón n (%)	18 (69.2)	107 (53.5)	0.094
Edad media (IQR)	65,5 (58,5-73,25)	63 (47-73,75)	0.327
Consumo de alcohol activo n (%)	6 (23.1)	4 (2.0)	<0,001
Fumador (%)	4 (15.4)	3 (1.5)	0.004
Comorbilidades n (%)			
Cáncer	6 (23.1)	16 (8.0)	0.027
Hipertensión	15 (57.7)	89 (44.5)	0.145
Enfermedad arterial coronaria	2 (7.7)	15 (7.5)	0.608
Fallo cardíaco congestivo	4 (15.4)	12 (6.0)	0.096
Asma	1 (3.8)	11 (5.5)	0.588
EPOC	5 (19.2)	8 (4.0)	0.009
Apnea obstructiva del sueño	3 (11.5)	17 (8.5)	0.411
VIH	1 (3.8)	3 (1.5)	0.389
Historia previa de trasplante de órgano	0 (0)	3 (1.5)	0.692
ERC- diálisis	0 (0)	2 (1)	0.783
ERC- no diálisis	0 (0)	8 (4)	0.370
Diabetes	10 (38.5)	33 (16.5)	0.011
Obesidad	8 (30.8)	17 (8.5)	0.033
Ingreso hospitalario			
Unidad de cuidados intensivos	3 (11.5)	28 (14.0)	0.507
Unidad de cuidados intermedios	5 (19.2)	6 (3.0)	0.004
Unidad de enfermedades infecciosas	24 (92.3)	172 (86)	0.294
Soporte respiratorio			
Ventilación mecánica invasiva	2 (7.7)	19 (9.5)	0.555
CPAP o presión positiva no invasiva	5 (19.2)	38 (19.0)	0.577
Tratamiento			
Hidroxiquina	22 (84.6)	172 (86)	0.520
Lopinavir/ritonavir	21 (80.8)	164 (82)	0.529
Remdesivir	0	3 (1.5)	0.692
Interferon	1 (3.8)	7 (3.5)	0.630
Tocilizumab	2 (7.7)	7 (3.5)	0.277
Corticosteroides	7 (26.9)	49 (24.5)	0.476
Antibióticos	5 (19.3)	10 (5)	0.018
Días de estancia hospitalaria	8 (5,25-14,75)	7 (5-13)	0.696
Mortalidad	8 (30.8)	39 (19.6)	0.289
Altas hospitalarias	18 (69.2)	152 (76.4)	0.579

TABLA 3

Análisis de predictores de mortalidad en pacientes con EHC y COVID-19.

Conclusiones

Los pacientes con EHC tenían una baja incidencia de infección por SARS-Cov2, pero un mayor riesgo de ingreso hospitalario con peores resultados asociados a otras comorbilidades concomitantes.

CO-14. MICROELIMINACIÓN DE VHC: FACTORES PREDICTORES DE NO DERIVACIÓN O INASISTENCIA A LAS CONSULTAS DE PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

DEL PINO BELLIDO P, GUERRA VELOZ MF, CORDERO RUIZ P, BELLIDO MUÑOZ F, CARMONA SORIA I

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

Introducción

Para la erradicación de la hepatitis C crónica es necesario superar barreras en la cascada de manejo, entre las que destacan deficiencias en el screening y el diagnóstico de confirmación y dificultades en el acceso al tratamiento.

Objetivos

- Identificar factores relacionados con la no derivación de pacientes con serología VHC positiva.
- Identificar factores asociados a la pérdida de seguimiento o inasistencia de los pacientes que son derivados a consulta especializada.

Material y Métodos

Estudio unicéntrico observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron todas las serologías VHC positivas entre enero 2013 y mayo 2018 en el área sanitaria Virgen Macarena previo a la implementación del diagnóstico en un solo paso. Recopilamos variables demográficas, vía de contagio, comportamiento de riesgo (alcohol activo, drogas activas), comorbilidades y datos analíticos de función hepática.

Se identificaron pacientes no derivados y pacientes que una vez derivado no acudieron o perdieron seguimiento en consultas.

Resultados

Se identificaron 1600 pacientes con serología VHC positiva, de los cuales se analizaron 1228 (Figura 1).

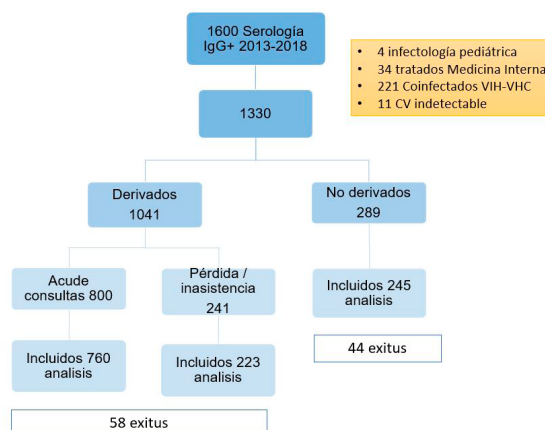


FIGURA 1

Diagrama de flujo en el que se muestran los pacientes incluidos en el estudio y los motivos de exclusión.

Pacientes no derivados (Tabla 1): 77,4% de pacientes diagnosticados en AP y 22,2% de consultas hospitalarias no fueron derivados ($p<0,001$). Se asociaron a menor derivación: presos o ingresados en residencia (OR 8,30 (1,10-62,85), $p=0,04$), EPOC (OR 10,58 (1,92-58,34), $p=0,07$), valores de AST normal (OR 2,24 (1,16-4,36), $p=0,034$) o serología solicitada por MAP (OR 2,97 (1,42-6,24), $p=0,004$).

Pacientes con inasistencia o pérdida de seguimiento en consultas (Tabla 2): Tienen a perder más el seguimiento aquellos pacientes derivados desde AP que desde consultas hospitalarias (66.5 vs 33.5% $p<0.001$). Fueron factores predictores de no asistencia:

terapia sustitutiva con opioides (OR 2,11 (1,06-4,22), p=0,034), no ser hipertenso (OR 1,98 (1,04-3,79), p=0,039) y serología solicitada por MAP (OR 1,67 (1,00-2,79), p=0,049). Desconocer la vía de contagio fue factor predictor de asistencia a consulta (OR 0,45 (0,24-0,87 p=0,018). Los ADVP en tratamiento sustitutivo con opioides acudían menos a consulta que aquellos ADVP que no realizaban este tratamiento (81,4% vs 68,3%, p=0,006).

	Derivados (983)	No derivados (245)	P
Sexo varones n (%)	702 (71,4%)	180 (73,5%)	0,103
Edad mediana (rango)	56 (50-62)	54 (48-61)	0,022
Vía de contagio n (%)			
ADVP/tatuajes	351 (44,7%)	92 (60,9%)	
Transfusiones	108 (13,7%)	18 (11,9%)	
Vertical	8 (1,0%)	1 (0,7%)	
Profesional	7 (0,9%)	0 (0,0%)	
Desconocido	312 (39,7%)	40 (26,5%)	0,005
Grupos de riesgo n (%)			
Consumo activo de drogas	37 (3,8%)	17 (6,9%)	0,027
Consumo activo de alcohol	124 (12,6%)	23 (9,4%)	0,098
Terapia sustitutiva con opioides	109 (11,1%)	48 (19,6%)	<0,001
Trastorno psiquiátrico	72 (7,3%)	43 (17,6%)	<0,001
HsH	1 (0,1%)	0 (0,0%)	0,800
Inmigrantes	35 (3,6%)	6 (2,4%)	0,259
Sin hogar	21 (2,1%)	22 (9,0%)	<0,001
Presos/residencias	7 (0,7%)	10 (4,1%)	<0,001
Sanitarios/accidente laboral	1 (0,1%)	1 (0,4%)	0,359
Cambio domicilio	54 (5,5%)	53 (21,6%)	<0,001
Comorbilidades n (%)			
Hipertensión arterial	168 (17,1%)	33 (13,5%)	0,100
DM	82 (8,3%)	10 (4,1%)	0,013
Obesidad	49 (5,0%)	7 (2,9%)	0,100
Enfermedad renal crónica	19 (1,9%)	3 (1,2%)	0,332
ICC	42 (4,3%)	8 (3,3%)	0,306
EPOC	5 (0,5%)	6 (2,4%)	0,011
Epilepsia	4 (0,4%)	2 (0,8%)	0,343
Porfiria	2 (0,2%)	0 (0,0%)	0,641
Neoplasia	19 (1,9%)	4 (1,6%)	0,502
Demencia	19 (1,9%)	3 (1,2%)	0,332
Enfermedad hematológica	1 (0,1%)	0 (0,0%)	0,800
Datos analíticos			
AST mediana (rango)	50 (34-79)	20 (17-40,75)	<0,001
ALT mediana (rango)	51 (30-89)	22 (15-50,5)	<0,001
Quien deriva o no			
Hospitalaria	460 (47,7%)	54 (22,2%)	<0,001
MAP	503 (52,1%)	188 (77,4%)	

TABLA 1

Características demográficas de pacientes con serología VHC positiva derivados y no derivados a consultas durante 2013-2018.

	Acuden a consulta (800)	No acuden a consulta (241)	P
Sexo varones n (%)	533 (70,1%)	169 (75,8%)	0,058
Edad mediana (rango)	56 (50-62)	55 (50-61)	0,348
Vía de contagio n (%)			
ADVP/tatuajes	272 (41,5%)	79 (60,3%)	
Transfusiones	84 (12,8%)	24 (18,3%)	
Vertical	5 (0,8%)	3 (2,3%)	
Profesional	7 (1,1%)	0 (0,0%)	
Desconocido	287 (43,8%)	25 (19,1%)	<0,001
Grupos de riesgo n (%)			
Consumo activo de drogas	20 (2,6%)	17 (7,6%)	0,001
Consumo activo de alcohol	92 (12,1%)	32 (14,3%)	0,218
Terapia sustitutiva con opioides	72 (9,5%)	37 (16,6%)	0,003
Trastorno psiquiátrico	58 (7,6%)	14 (6,3%)	0,302
HsH	1 (0,1%)	0 (0,0%)	0,773
Inmigrantes	25 (3,3%)	10 (4,5%)	0,254
Sin hogar	16 (2,1%)	5 (2,2%)	0,537
Presos/residencias	0 (0,0%)	7 (3,1%)	<0,001
Sanitarios/accidente laboral	0 (0,0%)	1 (0,4%)	0,227
Cambio domicilio	33 (4,3%)	21 (9,4%)	0,004
Comorbilidades n (%)			
Hipertensión arterial	151 (19,9%)	17 (7,6%)	<0,001
DM	71 (9,3%)	11 (4,9%)	0,021
Obesidad	40 (5,3%)	9 (4,0%)	0,293
Enfermedad renal crónica	19 (2,5%)	0 (0,0%)	0,007
ICC	35 (4,6%)	7 (3,1%)	0,227
EPOC	0 (0,0%)	5 (2,2%)	0,001
Epilepsia	3 (0,4%)	1 (0,4%)	0,643
Porfiria	0 (0,0%)	2 (0,9%)	0,051
Neoplasia	17 (2,2%)	2 (0,9%)	0,158
Demencia	14 (1,8%)	5 (2,2%)	0,439
Enfermedad hematológica	0 (0,0%)	1 (0,4%)	0,227
Cirrosis hepática	179 (23,6%)	24 (10,8%)	<0,001
Datos analíticos			
AST mediana (rango)	56 (36-86)	42 (29-54,75)	<0,001
ALT mediana (rango)	53 (32-97,5)	43 (25-68)	<0,001
Carga viral no pedida n (%)	11 (1,4%)	104 (46,6%)	<0,001
Centro remitente			
Hospital	386 (51,9%)	74 (33,5%)	
MAP	356 (47,8%)	147 (66,5%)	
Desconocido	2 (0,3%)	0 (0,0%)	

TABLA 2

Características demográficas de paciente con serología VHC positiva que pierden el seguimiento durante 2013-2018.

Conclusiones

- Un alto porcentaje de las serologías VHC positivas no llegan a ser derivadas.
- El riesgo de no ser derivado y de pérdida de seguimiento es mayor en pacientes pertenecientes a grupos sociales de riesgo.
- No se derivan o pierden el seguimiento de serologías pedidas desde atención primaria y con valores de transaminasas normales.
- Es necesaria la formación en Atención Primaria, para la búsqueda proactiva de estos pacientes basados en factores de riesgo, estableciendo equipos multidisciplinares y vías de derivación directa de diagnóstico y tratamiento.

CO-15. IMPLANTACIÓN Y MANEJO DEL USTEKINUMAB EN EL ALGORITMO DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

COBOS RODRÍGUEZ J, GARCÍA GARCÍA AM, GIL AYUSO J, ALCAÍN MARTÍNEZ G

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

Introducción

Desde el año 2000 hasta 2015, los únicos fármacos biológicos aprobados en Europa para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) moderada activa eran aquellos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral alfa (anti TNF α). El avance de conocimiento en la fisiopatología de esta enfermedad ha permitido identificar moléculas con distintas dianas terapéuticas como el ustekinumab (UST). Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la subunidad p40 de las interleucinas 12 y 23, induciendo una respuesta clínica mantenida en el tiempo en pacientes con enfermedad de Crohn moderada y con fallo previo a anti-TNF.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo acerca de la evolución de los pacientes con EC que recibieron tratamiento con UST en nuestro centro entre diciembre de 2016 y mayo de 2019. Se recogieron datos demográficos, clínicos, evolutivos y relacionados con UST (Tablas 1 y 2). Se analizó la respuesta clínica a la semana 16 y al final de seguimiento de cada paciente

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS	N (%)
Sexo	
Mujer	24 (60%)
Hombre	16 (40%)
Edad	42.5 años (19-64)
Clasificación de Montreal	
A (Age)	A1: 5 (12.5%) A2: 28 (70%) A3: 7 (17.5%)
L (Location)	L1: 13 (32.5%) L2: 4 (10%) L3: 23 (57.5%)
B (Behaviour)	B1: 18 (45%) B2: 9 (22.5%) B3: 13 (32.5%)
Enfermedad perianal	13 (32.5%)
Tiempo medio de enfermedad	13.67 años (3-32)
Pacientes con cirugías previas	28 (70%)
Manifestaciones extra intestinales	14 (35%)
Tratamiento previo anti-TNF	40 (100%)
1	9 (22.5%)
2	31 (77.5%)
Tratamiento previo anti integrinas	5 (12.5%)
Niveles PCR	25.54 mg/dL (17.08-34.01)
Tiempo medio de seguimiento	17.27 meses (2-35)

TABLA 1

Características clínicas y demográficas.

Resultados

Se incluyeron 40 pacientes, veinticuatro (60%) eran mujeres con una edad media de 42,5 años. El 100% de la muestra había estado en tratamiento previo con anti-TNF y además 5 (12,5%) con Vedolizumab.

N= 40	
Indicaciones	
Fallo anti-TNF	24/40 (60%)
RAM anti-TNF	11/40 (27.5%)
Fallo a Vedolizumab	5/40 (12.5%)
Tratamiento concomitante	
Corticoides	
26/40 (65%)	
Inmunomodulares	10/40 (25%)

TABLA 1 B

Características relacionadas con el tratamiento con UST.

RESPUESTA CLINICA	SEMANA 16		FINAL DE SEGUIMIENTO	
Respuesta Completa	8 /40 (20%)		20/40 (50%)	
Respuesta parcial	31/40 (77.5%)		12/40 (30%)	
Retirada de UST	1/40 (2.5%)		7/40 (17.5%)	
	Falta de respuesta medica	0	Falta de respuesta medica	2/40 (5%)
	Necesidad de cirugía	0	Necesidad de cirugía	5/40 (12.5%)
	RAM	1/40 (2.5%)	RAM	0

TABLA 2

Respuesta Clínica.

La indicación principal para comenzar UST fue el fallo previo a anti-TNF en 24 (60%), RAM en 11 (27,5%) y fallo a Vedolizumab en 5 (12,5%). Veintiséis pacientes (65%) iniciaron UST junto a corticoides y con un nivel medio de PCR de 25,54 mg/dL.

En la semana 16, 8 pacientes (20%) habían alcanzado respuesta completa, 31 (77,5%) respuesta parcial y en 1 paciente (2,5%) se retiró por disnea. Al final del seguimiento de cada paciente, 20 (50%) obtuvieron respuesta completa, 12 (30%) respuesta parcial y en 7 (17,5%) se produjo la retirada (Figuras 1 y 2).



FIGURA 1

Respuesta Clínica.

FINAL DE SEGUIMIENTO

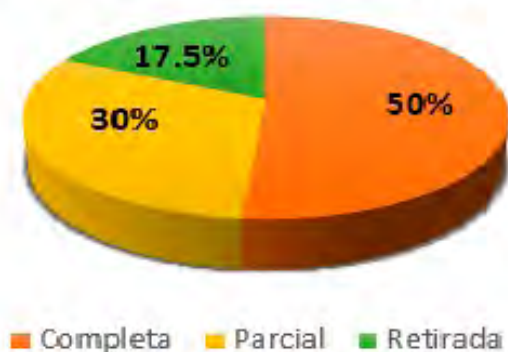


FIGURA 2

Respuesta clínica al final de seguimiento.

Veintiocho (70%) se encuentran libres de corticoides (Figura 3). El nivel de PCR al final del seguimiento fue 8.90 mg/dL (Figura 4)

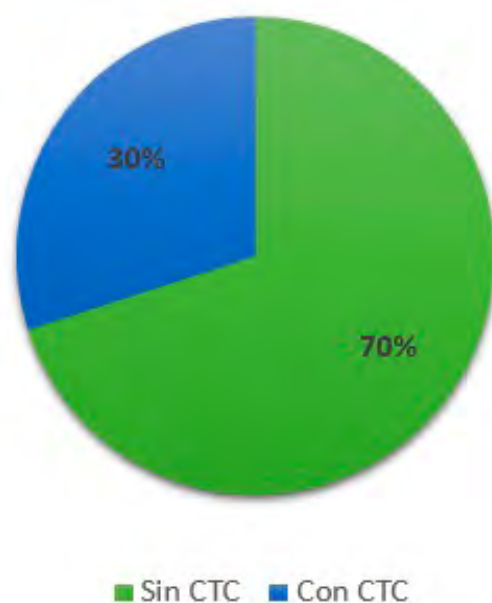


FIGURA 3

Retirada de corticoides.

Conclusiones

El tratamiento con UST en pacientes con EC que habían fracasado a terapias biológicas fue útil para inducir respuesta clínica en más del 50%.

NIVELES PCR



FIGURA 4

Evolución de niveles de PCR.

La complejidad de los pacientes en los que estamos iniciando el tratamiento dificulta alcanzar mayores tasas de respuesta y en ocasiones precisan intensificaciones del tratamiento.

Durante el tratamiento con UST se ha observado una baja tasa de reacciones adversas.

Ustekinumab parece ofrecer una alternativa segura y eficaz para pacientes con EC refractaria compleja.

SESIÓN IV

CO-16. 10 AÑOS DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA: IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA INTESTINAL.

DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, ROMERO MORENO S, OJEDA HINOJOSA M, TERCERO LOZANO M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.