

EII	Característica	Clasificación	n (%)
Colitis ulcerosa 50 (64.9%)	Extensión	E1	8 (15.4%)
		E2	24 (46.2%)
		E3	20 (38.5%)
	Severidad	S0	27 (51.9%)
		S1	13 (25%)
		S2	10 (19.2%)
Enfermedad de Crohn 24 (31.2%)	Edad al diagnóstico	S3	2 (3.8%)
		A1	5 (20.8%)
		A2	13 (54.2%)
	Localización	A3	6 (25%)
		L1	1 (4.2%)
		L2	12 (50%)
	Comportamiento	L3	11 (45.8%)
		B1	13 (54.2%)
		B2	7 (29.2%)
B3		4 (16.7%)	
Colitis indeterminada 3 (3.9%)			

TABLA 1

Características fenotípicas según la clasificación de Montreal de los pacientes incluidos en el estudio.

en pacientes con enfermedad de Crohn y un 3,9% (3) en enfermos con colitis indeterminada. Las características fenotípicas de los pacientes según la clasificación de Montreal se recogen en la **tabla 1**.

La mayoría de PPII se localizaban en colon izquierdo (42,9%), seguido de recto (41,6%), colon derecho (7,8%), colon transversal (6,5%) y la totalidad del colon (1,3%) (**Figura 5**). El número medio de PPII

Tipo histológico de pseudopólipo inflamatorio

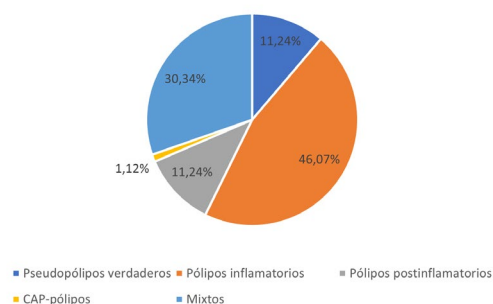


FIGURA 5

Localización de los pseudopólipos inflamatorios a lo largo del colon en los pacientes incluidos en el estudio.

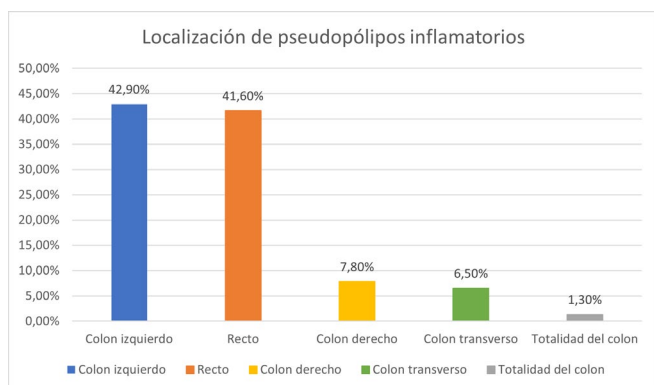


FIGURA 6

Clasificación histológica de los pseudopólipos inflamatorios estudiados en los pacientes incluidos en el estudio.

en las exploraciones fue de $4,9 \pm 5,9$. Histológicamente, el 11,24% eran pseudopólipos verdaderos, el 46,07% pólipos inflamatorios, el 11,24% pólipos postinflamatorios, el 1,12% CAP-pólipos y el 30,34% de los PPII presentaban características mixtas (**Figura 6**).

En el 72,7% (56) de los casos el endoscopista identificó correctamente la lesión polipoidea como PPII, frente a un 27.3% de los casos en los que no se caracterizó la lesión o se describió erróneamente como adenoma u otra lesión (pólipo hiperplásico, lipoma, lesión subepitelial).

Conclusiones

Los PPII son más frecuentes en la CU, siendo su localización predominante el colon izquierdo. El subtipo histológico más frecuente son los denominados pólipos inflamatorios.

En un 72,7% de los casos, el endoscopista identifica correctamente estas lesiones.

SESIÓN IV

CO-16. COLANGITIS BILIAR PRIMARIA E INFECCIÓN POR SARS-COV-2: INCIDENCIA, SUSCEPTIBILIDAD Y RESULTADOS.

LUCENA-VALERA A¹, SOUSA JM¹, CASADO M², MORALES-ARRAEZ D³, MORENO-MORALED A I², ARENAS J⁴, CONDE I⁵, MUÑOZ L⁶, CANILLAS L⁷, FERNANDEZ E⁸, QUIÑONES R⁹, SIMÓN MA¹⁰, GÓMEZ E¹¹, GUTIERREZ ML¹², FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ C¹², JORQUERA F⁹, GARCÍA-BUEY ML⁸, GARCÍA-RETORTILLO M⁷, MORILLAS R⁶, BERENGUER M⁵, HERNÁNDEZ-GUERRA M³, MOLINA E¹³, AMPUERO J¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS, SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA, DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN. ⁵UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA. ⁶UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA, BADALONA. ⁷UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DEL MAR, BARCELONA. ⁸UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID. ⁹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN, LEÓN. ¹⁰UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A, ZARAGOZA. ¹¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, MADRID. ¹²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, ALCORCÓN. ¹³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Introducción

La infección por SARS-CoV-2 se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. Sin embargo, se desconoce su impacto en algunas enfermedades hepáticas. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia acumulada de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con colangitis biliar primaria (CBP) e identificar los factores basales asociados que implican una mayor susceptibilidad a la infección, así como los resultados relacionados con la COVID-19.

Material y métodos

Estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó a 1.151 pacientes (AMA positivo 84%; cirrosis 18%) de 13 hospitales españoles desde enero de 2020 a abril de 2021. Las características iniciales de la cohorte general se recogen en la **Tabla 1**. La CBP se diagnosticó según las guías internacionales, requiriendo biopsia hepática el 29%

Características	Cohorte global (n=1151)
Sexo femenino	91.1% (1049/1151)
Edad; años \pm SD	63.9 \pm 12.4
Obesidad (IMC \geq 30 kg/m ²)	20.9% (221/1058)
Hipertensión arterial	32.6% (375/1151)
Diabetes Mellitus tipo 2	14.4% (166/1151)
Dislipemia	35.1% (404/1151)
AST \pm SD (IU/L)	30 \pm 17
ALT \pm SD (IU/L)	29 \pm 56
GGT \pm SD (IU/L)	80 \pm 104
Fosfatasa alcalina \pm SD (IU/L)	159 \pm 121
Bilirrubina \pm SD (mg/dL)	0.72 \pm 0.9
Albumina \pm SD (g/dL)	4.24 \pm 0.4
Creatinina \pm SD (mg/dL)	0.79 \pm 0.36
Plaquetas \pm SD ($\times 10^9/L$)	231 \pm 81
INR \pm SD	1.05 \pm 0.3
Immunoglobulina M \pm SD	1.05 \pm 0.3
AMA	83.8% (898/1072)
ANA	62.1% (658/1060)
Anti-Sp100	21.6% (171/790)
Anti-Gp210	13.2% (103/779)
Tratamiento UDCA	97.7% (1124/1151)
Tratamiento OCA	10.3% (119/1151)
Tratamiento Fibrato	14.8% (170/1151)
Criterios Paris-II	70% (788/1126)
Cirrosis	18.3% (211/1151)

TABLA 1

Características basales de la cohorte global.

de los pacientes. La infección por SARS-CoV-2 fue confirmada por laboratorio, mientras que se consideró COVID-19 grave a aquella infección que requirió ingreso hospitalario. Además, se recogió la mortalidad relacionada con COVID-19.

Resultados

La incidencia acumulada de la infección por SARS-CoV-2 fue del 7,3% (85/1151) en la población CBP frente al 7% de la población general española (**Figura 1**); mientras que la hospitalización por COVID-19 fue el 1,74% (20/1151) en la población CBP frente al

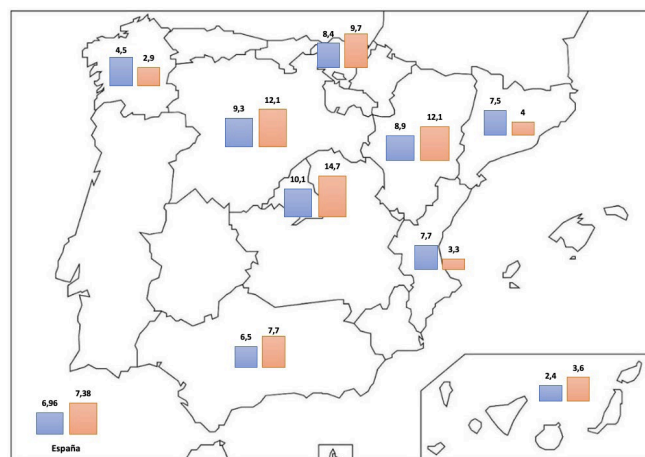


FIGURA 1

Distribución geográfica de la infección por SARS-CoV-2 entre comunidades autónomas de España. *Las columnas azules representan la población general y las columnas rojas indican la cohorte con CBP.

Intervalo de edad de la población (años)	POBLACIÓN GENERAL			POBLACIÓN CBP		
	N	Infección SARS-CoV-2	Incidencia acumulada (%)	N	Infección SARS-CoV-2	Incidencia acumulada (%)
0-39	20.269.831	1.523.897	7.5%	33	2	6.1%
40-49	7.813.176	556.259	7.1%	113	15	13.3%
50-59	6.974.009	484.805	6.9%	287	22	7.7%
60-69	5.281.877	306.533	5.8%	326	20	6.1%
>70	8.301.882	386.853	4.7%	392	26	6.6%
Total	47.026.208	3.271.060	6.96%	1151	85	7.38%

Intervalo de edad de la población (años)	POBLACIÓN GENERAL			POBLACIÓN CBP		
	N	Infección SARS-CoV-2	Incidencia acumulada (%)	N	Infección SARS-CoV-2	Incidencia acumulada (%)
0-39	20.269.831	23.093	0.11%	33	1	3%
40-49	7.813.176	24.040	0.31%	113	1	0.88%
50-59	6.974.009	36.363	0.52%	287	3	1.05%
60-69	5.281.877	42.653	0.81%	326	3	0.92%
>70	8.301.882	112.060	1.35%	392	12	3.06%
Total	47.026.208	238.891	0.51%	1151	20	1.74%

TABLA 2

Incidencia acumulada estandarizada por edad y la hospitalización comparando la población general y la de CBP.

0,51% (238.891 / 47.026.208) en la población española (**Tabla 2**). La mortalidad relacionada con COVID-19 fue del 0,35% (4/1151) en la población CBP frente al 0,10% (48.436 / 47.026.208) en España. Los niveles de albúmina [OR 0,41 (IC del 95%: 0,23-0,75); $p = 0,003$] y AMA positivo [OR 0,41 (IC del 95%: 0,22-0,77); $p = 0,006$] fueron factores protectores contra la infección por SARS-CoV-2 así como la combinación de AMA y anti-Sp100 positivos (OR 0,12 (IC del 95%: 0,03-0,57); $p = 0,007$) (**Figura 2**). Para el COVID-19 grave, el

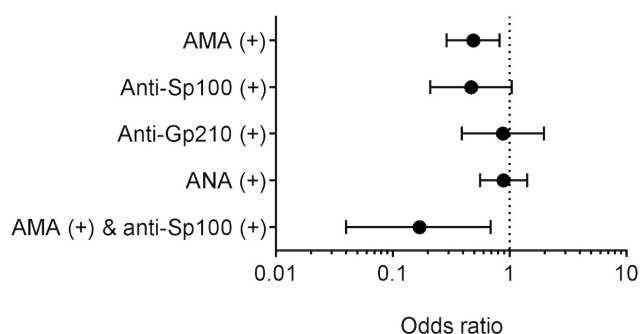


FIGURA 2

Papel protector de los autoanticuerpos relacionados con CBP frente al SARS-CoV-2.

Características	OR no ajustada (95%CI); valor p	OR ajustada (95%CI); valor p
Sexo femenino	0.07 (0.01-0.41); p=0.0001	0.07 (0.01-0.52); p=0.009
Edad; años \pm SD	1.08 (1.03-1.13); p=0.001	1.06 (0.99-1.12); p=0.078
Hipertensión arterial	6.00 (2.01-17.91); p=0.001	5.24 (1.12-24.32); p=0.035
Fosfatasa alcalina \pm SD (IU/L)	1.00 (1.00-1.01); p=0.027	1.004 (1.00-1.01); p=0.05

TABLA 3

Factores asociados de forma independiente con COVID grave en pacientes con CBP.

sexo masculino [OR 13,44 (IC del 95%: 1,92-94,13); p = 0,009], la hipertensión arterial [OR 5,24 (IC del 95%: 1,12-24,32); p = 0,035], los niveles de fosfatasa alcalina [OR 1,004 (IC del 95%: 1,00-1,01); p = 0.05] y la edad [OR 1.06 (95% CI 0.99-1.12); p = 0,078] se asociaron de forma independiente (Tabla 3).

Conclusiones

La incidencia acumulada estandarizada por edad de infección por SARS-CoV-2 y hospitalización relacionada con COVID-19 fue mayor en pacientes con CBP que en la población general. Se encontraron niveles más altos de albúmina, AMA y antiSp-100 positivos como factores protectores frente a la infección por SARS-CoV-2, mientras que los niveles de fosfatasa alcalina se asociaron de forma independiente con COVID-19 grave y el requisito de ingreso hospitalario.

CO-17. ADHERENCIA DE LOS PACIENTES A LA PRUEBA DEL TEST ALIENTO ESPIRADO PARA EVALUAR LA TOLERANCIA A LACTOSA MEDIANTE AUTOTOMA DOMICILIARIA: EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

MOYA SUAREZ AB, BERLANGA GOMEZ I, MENDEZ SANCHEZ IM, LOPEZ VEGA M, RIVAS RUIZ F, PEREZ AISA A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

Analizar la eficacia de una intervención educativa en la adherencia de los pacientes que se realizan la prueba del Test de Aliento Espirado para evaluar la tolerancia a lactosa (TAEI) mediante autotoma en el domicilio.

Material y métodos

Estudio cuasiexperimental con grupo control no equivalente. El estudio se llevó a cabo en la unidad de motilidad digestiva de un hospital de agudos. Se incluyeron todos los pacientes que tenían solicitado el TAEI que no presentasen deterioro cognitivo, que superasen el test basal ($H_2 > 10$ ppm) y, aceptasen participar. El grupo control realizó el procedimiento de la forma habitual (entrega del kit en la consulta médica con instrucciones escritas y realización en el domicilio del paciente) y el grupo intervención recibió una acción educativa con la visualización de un video con las instrucciones a seguir y resolución de dudas por la enfermera tras su visualización. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias entre grupos de estudio, se utilizó el test de Ji-Cuadrado (o test exacto de Fisher caso de frecuencias esperadas inferiores a 5) para variables cualitativas, y el test de t de Student para las cuantitativas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados

Un total de 127 pacientes se realizaron el TAEI. Se incluyeron 55 pacientes en el grupo control (C) y 72 en el grupo de intervención educativa (I). El 74% presentó una media de edad de 43 años (DE: 16.6). No se observaron diferencias entre grupos, ni en las características sociodemográficas (edad, género, nacionalidad) ni en las clínicas (motivo de consulta, superar test basal, efectos adversos). El porcentaje de pruebas concluyentes ha sido superior (98,6%) en grupo I que en el control (90,9%) con una p cercana a la significación (p: 0,084); mientras tanto la presencia de efectos adversos (48,6% grupo I. vs 46% grupo C) y su número (1,39 grupo I vs 1,48 grupo C) son similares en ambos grupos.

Conclusiones

Los resultados sugieren que una intervención educativa puede favorecer la adherencia de los pacientes al TAEI cuando ésta es realizada de forma autónoma por el propio paciente en su domicilio.

CO-18. PROYECTO FOCUS: EN BÚSQUEDA DE LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C. RESULTADOS PRELIMINARES

AMADO VILLANUEVA PP¹, PÉREZ CAMPOS E¹, NAVARRO MORENO E¹, ROJO MARTIN M², CASADO MARTIN M¹, VEGA SÁENZ JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²SECCIÓN INVESTIGACIÓN.COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

La eliminación de la hepatitis C es un difícil reto en el que España está posicionado como uno de los primeros países que podría alcanzarlo, consiguiendo así el objetivo propuesto por la OMS de la eliminación de las hepatitis virales para el año 2030. Para ello se requiere aumentar la tasa de diagnóstico de la infección mediante estrategias de cribado dirigidas fundamentalmente a población vulnerable con elevada prevalencia de la infección, como es el cribado de la hepatitis C en el servicio de urgencias, con escaso vínculo con nuestro sistema sanitario.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia del cribado de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Torrecárdenas (proyecto FOCUS).

Material y métodos

Presentamos los resultados preliminares del proyecto FOCUS puesto en marcha en el servicio de urgencias de nuestro hospital en agosto del 2021. Se ha realizado el cribado de la infección por VHC en todo paciente que acudió al servicio de urgencias del hospital, con edades comprendidas entre los 18 y 69 años, al que se le realizase extracción sanguínea por cualquier motivo, previo consentimiento verbal informado.

Mediante quimioluminiscencia (LIAISON®X- Diasorin) se realizó la determinación de anticuerpos frente al VHC y los pacientes positivos se confirmaron mediante PCR para la detección de ARN viral (cobas® 6800- Roche) en la misma muestra (Diagnóstico en un paso). Los pacientes con infección activa han sido posteriormente contactados para evaluación en consulta especializada y prescripción de tratamiento antiviral.

Resultados

Desde el comienzo del proyecto, hemos realizado cribado de VHC en 655 pacientes de los cuales, 22, (3%) han sido Anti VHC positivos, con una edad media de 55 años, donde el 74% eran hombres y un 26% mujeres. De estos pacientes, 4 (0,61%) tenían RNA VHC positivo, todos ellos varones. Tan solo uno de ellos conocía su estado de infección.

Conclusiones

La seroprevalencia de la infección VHC en la población que acude a urgencias es claramente superior a la estimada en población general, con una tasa de infección activa 3 veces superior, por lo que el cribado de la hepatitis C en los servicios de urgencias puede ser una estrategia eficaz para aumentar la tasa de diagnóstico de la infección VHC.

CO-19. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN ANDALUCÍA

MOLINA VILLALBA C¹, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ JA¹, GARCÍA DE PASO MORA J², SERRANO FALCÓN B³, PÉREZ AISA A⁴

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRONSAÚDE SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ALCALÁ LA REAL, ALCALÁ LA REAL. ⁴UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

Con el aumento de la incidencia de la esofagitis eosinofílica (EEO) y la publicación de recomendaciones actualizadas para el abordaje de ésta, planteamos el análisis del manejo en práctica clínica de dicha enfermedad en Andalucía.

Material y métodos

Se elaboró una encuesta tipo test con 21 ítems. Fue publicada a través de la web de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva en el mes de mayo de 2021 y accesible a todos los facultativos y residentes socios.

Resultados

Se obtuvieron 32 respuestas a la encuesta.

El 21,9% de los encuestados, en la gastroscopia urgente por impactación, nunca toman biopsias esofágicas y el 53% biopsian en caso de ausencia de lesiones por decúbito. La mitad pautan tratamiento tras la toma de biopsias en la gastroscopia urgente y el 18,8% inicia tratamiento sin biopsias. Ante la sospecha clínica,



FIGURA 1

Porcentaje de facultativos que ante la sospecha endoscópica de EEO toman biopsias esofágicas.

el 75% solicitan gastroscopia con sedación profunda a todos, prefiriendo el uso de propofol (78%). Ante la sospecha clínica-endoscópica de EEO, el 100% toman biopsias esofágicas (Figura 1). El 81,3% no usan el score endoscópico de referencia para EEO (EREF) ni se usa un cuestionario estructurado de síntomas en el 90,6%.

El 93,8% pautan IBP a altas dosis como tratamiento de elección y el resto, corticoides inhalados deglutidos. Tras fracaso a IBP, el 37,5% los suspende al iniciar corticoides deglutidos (Figura 2). La mitad de los encuestados tratan con dieta de exclusión a menos del 25% de sus pacientes. De los que optan por ésta, un 43,8% inician la exclusión de dos alimentos (Figura 3) y el 81,3% dan recomendaciones dietéticas basadas en recursos web de sociedades científicas. El 68,8% no han precisado prescribir budesonida bucodispersable,

planteándose el uso de dicho fármaco el 28%, con dificultades en la adquisición en todos los casos y optando por el uso de formulación magistral de budesonida oral.

Más de la mitad de los especialistas ante pacientes con respuesta clínica no realizan seguimiento endoscópico-histológico (Figura 4). Sólo el 18,8% disponen de consulta monográfica de tracto digestivo superior.

Conclusiones

Frente a las recomendaciones actuales establecidas se detecta en esta muestra que:

- El 50% de los médicos encuestados mantienen IBP a pesar de la refractariedad al mismo.
- Más de la mitad reconoce no realizar gastroscopia con biopsias tras iniciar tratamiento médico, y el seguimiento lo basan en la respuesta clínica.

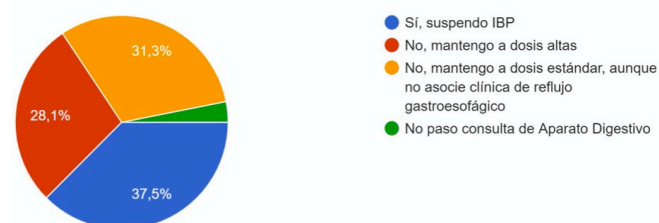


FIGURA 2

Porcentaje de encuestados que suspenden IBP en caso de refractariedad.

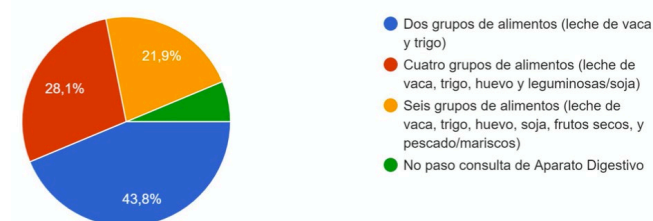


FIGURA 3

Dieta de exclusión y tipo de restricción dietética entre los encuestados.



FIGURA 4

Seguimiento endoscópico de EEO entre los encuestados.

- Existe una baja adherencia al uso del score endoscópico y a cuestionarios clínicos que aportarían objetividad en la evaluación de la respuesta al tratamiento.

CO-20. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON USTEKINUMAB Y TOFACITINIB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

CAMPOS SERRANO N¹, LÁZARO SÁEZ M¹, MORENO MORALED A¹, OLMEDO MARTÍN RV², HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Ustekinumab y tofacitinib pertenecen al grupo de las nuevas dianas terapéuticas aprobadas en los últimos años para el tratamiento de la colitis ulcerosa. El objetivo de este estudio es comparar la efectividad en la práctica clínica real, ya que se desconoce si existen diferencias entre ambos fármacos en el tratamiento de la enfermedad.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen 28 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa en dos centros hospitalarios en España: Hospital Torrecárdenas de Almería y Hospital Regional Universitario de Málaga. Se han registrado las variables epidemiológicas (edad al inicio del tratamiento, años de evolución de la colitis ulcerosa al inicio del tratamiento), clínicas pre-tratamiento (valores basales del índice de mayo clínico/endoscópico, PCR y calprotectina) y clínicas post-tratamiento (remisión/respuesta a corto (8 semanas) y largo plazo (6 meses) y evolución de los valores del índice mayo clínico/endoscópico, PCR y calprotectina en la semana 8, semana 16 y semana 24).

Resultados

La muestra final del estudio se ha constituido de 28 pacientes de los cuales un 42,9% (n=12) son mujeres y un 57,1% (n=17) hombres. Según el grupo de tratamiento, 11 pacientes (39,3%) recibieron tratamiento con ustekinumab y 17 pacientes (60,7%) recibieron tratamiento con tofacitinib. No se observaron diferencias en la edad al inicio del tratamiento (41,9 con ustekinumab y 46,2 con tofacitinib, con p 0,516) ni en los años de evolución de la colitis ulcerosa (9,6 con ustekinumab y 10,5 con tofacitinib, con p 0,795) entre ambos grupos de tratamiento (Tabla 1).

Tampoco se observaron diferencias en los valores basales del índice de mayo clínico/endoscópico, PCR y calprotectina (Tabla 2).

Sin embargo, con respecto a las variables post-tratamiento (Tabla 3), el porcentaje de pacientes en remisión en tratamiento con ustekinumab (9,1%) fue significativamente inferior con respecto a los pacientes en tratamiento con tofacitinib (58,8%). La única variable en la que se observó una disminución del valor

	Total, media (DT)	Tratamiento, media (DT)		p-valor
		USTEKINUMAB	TOFACITINIB	
Edad al inicio del tratamiento (años)	44,54 (16,78)	41,90 (17,60)	46,20 (16,60)	0,516
Años evolución colitis ulcerosa al inicio del tratamiento	10,18 (8,62)	9,60 (9,30)	10,50 (8,40)	0,795

TABLA 1

Descriptivo y comparativo entre tratamientos de la edad y años de evolución de la colitis ulcerosa al inicio del tratamiento.

	Total, media (DT)	Grupo, media (DT)		p-valor
		USTEK	TOFA	
Índice Mayo clínico Basal	6,89 (1,20)	7,64 (0,81)	6,41 (1,18)	0,076
Índice Mayo endoscopia Basal	2,45 (0,51)	2,36 (0,50)	2,55 (0,52)	0,416
PCR Basal	0,77 (1,14)	0,35 (0,56)	1,04 (1,34)	0,12
Calprotectina Basal	2.528,04 (3.158,06)	1.936,00 (982,15)	2.962,20 (4.079,60)	0,424

TABLA 2

Descriptivo y comparativo de los valores de las variables basales (índice mayo clínico/endoscópico, PCR y calprotectina) entre tratamientos.

	Total, n (%)	Grupo, n (%)		p-valor
		USTEK	TOFA	
Respuesta semana 8				0,269
Sí	24 (85,7)	8 (72,7)	16 (94,1)	
No	4 (14,3)	3 (27,3)	1 (5,9)	
Remisión semana 8				0,016
Sí	11 (39,3)	1 (9,1)	10 (58,8)	
No	17 (60,7)	10 (90,9)	7 (41,2)	
Respuesta 6 meses				0,111
Sí	18 (90)	5 (71,4)	13 (100)	
No	2 (10)	2 (28,6)	0 (0)	
Remisión 6 meses				1
Sí	11 (55)	4 (57,1)	7 (53,8)	
No	9 (45)	3 (42,9)	6 (46,2)	

TABLA 3

Descriptivo y comparativo de las variables clínicas postratamiento (respuesta/remisión a corto y largo plazo).

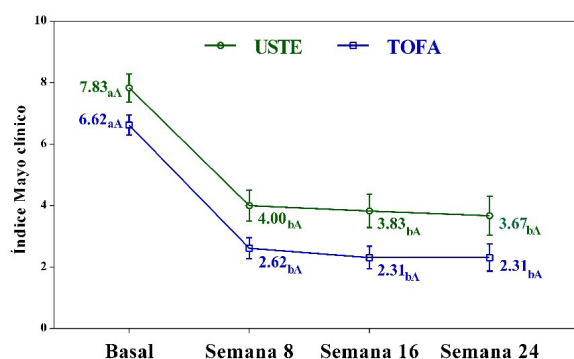


FIGURA 1

Comparativo evolución índice mayo clínico entre tratamientos.

estadísticamente significativa a lo largo del estudio fue el índice mayo, aunque esta evolución fue independiente del grupo de tratamiento y, por tanto, el tratamiento no influyó en la evolución de la puntuación del índice Mayo. En la **Figura 1** se muestra la evolución entre los tratamientos.

Conclusiones

Tanto tofacitinib como ustekinumab son opciones terapéuticas eficaces en el tratamiento de la colitis ulcerosa, sin identificarse diferencias a nivel de efectividad entre ambos grupos de tratamiento. Aunque se necesitan estudios con una serie más amplia de pacientes, ambos fármacos podrían convertirse en una opción de tratamiento en pacientes seleccionados con fracaso a anti-TNF o incluso a la terapia con inmunosupresores.