

Resultados: Por el momento se llevan incluidos 33 pacientes. La edad media fue de 59 años, el 51% eran varones, el 52% tenían úlcera péptica y el 48% dispepsia funcional. Todos los pacientes menos uno tomaron la medicación correctamente. Las tasas de erradicación, "por protocolo" y "por intención de tratar", fueron del 72% (IC 95%: 55-85%) y del 70% (IC 95%: 53-83%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en 9 pacientes (27%), incluyendo dolor abdominal (3 pacientes), náuseas y vómitos (1 paciente), diarrea (1 paciente), estomatitis (1 paciente), fiebre/mialgias (2 pacientes) y candidiasis oral (1 paciente). Un paciente tuvo que abandonar el tratamiento debido a los efectos adversos (vómitos). Cuatro pacientes presentaron neutropenia y/o trombopenia, que se resolvieron espontáneamente tras la finalización del tratamiento.

Conclusión: El tratamiento de "rescate" con rifabutina constituye una prometedora alternativa tras el fracaso de múltiples terapias erradicadoras conteniendo antibióticos clave como amoxicilina, claritromicina, metronidazol y tetraciclina. Aunque este régimen se ha asociado con una incidencia de efectos adversos relativamente elevada, éstos han sido leves.

tricos o comparar resultados entre diferentes centros. Las encuestas llevadas a cabo mediante correo convencional reflejan mayor satisfacción de los enfermos.

COORDINACIÓN DIGESTIVO - ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN ÁREA SANITARIA

L. López Rivas

Digestivo Hospital San Agustín. Aviles. Dr. Laureano López Rivas en representación de "Grupo Atención Primaria - Digestivo AVILES".

Introducción: A pesar de un Marco legal adecuado no se ha desarrollado la coordinación entre Digestivo y A. Primaria salvo experiencias aisladas, con frecuencia discontinuas y de corta duración. En el Área de Avilés, desde 1983 se ha desarrollado una relación continuada entre los dos niveles, creándose una serie de instrumentos de coordinación, cuyo conocimiento puede ser de utilidad para otros Profesionales de Digestivo y A. Primaria.

Objetivos: 1) Analizar el proceso de Coordinación en el Área de Avilés y 2) Valoración de los métodos e instrumentos utilizados y su posible aplicabilidad a otras realidades asistenciales.

Métodos: Análisis de la realidad asistencial de nuestra Área: 1) Recursos Sanitarios y datos de actividad asistencial en A. Primaria y en Digestivo, 2) Exposición y análisis del proceso de coordinación y 3) Análisis de los métodos e instrumentos utilizados y su impacto en la coordinación y calidad asistencial.

Resultados: 1) Los datos de recursos y actividad asistencial demuestran una gran sobrecarga asistencial en los dos niveles, sobre todo en A. Primaria, homogénea en Digestivo y con grandes diferencias en A. Primaria, dependiendo básicamente de la ubicación urbana o rural de los Centros de Salud, 2) La demanda asistencial de Digestivo está condicionada en su mayor parte por A. Primaria y 3) Desde 1983 ha habido una relación continuada y sistemática de Digestivo con A. Primaria que se ha traducido fundamentalmente en: A) Horario de trabajo compartido, B) Grupo de trabajo estable, C) Jornadas de Digestivo en A. Primaria en 1985, 1990 y 1995, D) Rotación de 5 ó 6 médicos de A. Primaria, durante un mes, por Digestivo, E) Elaboración consensuada de protocolos, hojas informativas y modelos de solicitud de Endoscopias, Cta. de Alta Resolución y solicitud de prueba de aliento para H. Pylori, F) Trabajos de investigación clínica conjuntos y G) Inclusión la coordinación en la Cartera de Servicios, Objetivos de Calidad y Contrato Programa.

Conclusiones: 1) La Coordinación de Digestivo en la A. Primaria es difícil pero, necesaria y posible tal como demuestra nuestra experiencia, 2) Existe una serie de métodos e instrumentos útiles y trasladables a otras Áreas asistenciales, fundamentalmente: A) Tiempo de trabajo compartido, B) Elaboración de forma consensuada de protocolos, hojas informativas para pacientes, hojas de solicitud de endoscopias y consulta de alta resolución, etc., C) Rotación de los médicos de A. Primaria por el Hospital y D) Grupo de trabajo estable, A. Primaria y Digestivo y 3) La coordinación entre los dos niveles debería convertirse en una prioridad para los profesionales de Digestivo, A. Primaria y sobre todo para las Autoridades Sanitarias y las Sociedades Científicas.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SEDACIÓN EN LAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA DE GALICIA?

J. Cubiella Fernández^a, A. Lancho Seco^b, A. I. Echarri Puidó^c, J. L. Ulla Rocha^d y J. J. Fernández Seara^a

^aDigestivo Chou. Ourense, ^bDigestivo Xeral-Calde. Lugo, ^cDigestivo Arquitecto Macide. Ferrol, ^dDigestivo Chop. Pontevedra. Sociedad Gallega de Patología Digestiva.

Introducción: El control del dolor y de los síntomas adversos asociados a las endoscopias es una demanda constante tanto por parte de los pacientes, como por los profesionales y las instituciones sanitarias. Sin embargo, la sedación en endoscopia se asocia a un incremento de la morbilidad.

Esófago-Estómago-Duodeno: Antiinflamatorios no esteroideos, hemorragia digestiva, endoscopia y ecoendoscopia

COMPARACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS TELEFÓNICAMENTE O MEDIANTE CORREO CONVENCIONAL SOBRE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

A. Sánchez del Río García, O. Alarcón Fernández
y J. S. Baudet Arteaga

Aparato digestivo Red Hospiten en Tenerife. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida se ha convertido en uno de los parámetros centrales en el control de calidad de las actuaciones médicas. Algun autor ha encontrado diferencias en las encuestas realizadas mediante correo convencional o por vía telefónica, lo que podría dificultar la comparación entre centros (benchmarking). Sin embargo, no existen estudios controlados y aleatorizados al respecto.

Objetivos: Comparar los resultados de una encuesta de satisfacción en endoscopia previamente validada al castellano (GHAA-9) realizada mediante cuestionario telefónico o por correo.

Pacientes y métodos: 1200 pacientes consecutivos remitidos para una endoscopia gastrointestinal fueron aleatorizados para responder el cuestionario de satisfacción (GHAA-9) por correo convencional o mediante entrevista telefónica. Se compararon los resultados de las siete cuestiones sobre satisfacción, la puntuación global del cuestionario, el porcentaje de pacientes que puntuaban "excelente" para cada una de estas cuestiones y las respuestas de las dos preguntas de aceptabilidad.

Resultados: Los dos grupos eran similares en cuanto a edad, procedencia, sexo y tipo de endoscopia. 269 de 603 pacientes devolvieron el cuestionario por correo y 267 de 597 contestaron el cuestionario telefónico ($p = ns$). Las puntuaciones obtenidas en las 7 cuestiones, la puntuación total del cuestionario y el porcentaje de pacientes que puntuaban excelente para cada una de las cuestiones eran significativamente superiores ($p < 0,0001$) en los cuestionarios realizados por correo. No había diferencias en las preguntas de aceptabilidad.

Conclusión: Los resultados de las encuestas sobre satisfacción llevadas a cabo telefónicamente o por correo no son comparables, lo que ha de tenerse en cuenta a la hora de realizar estudios multicén-

Objetivo: Evaluar los medios materiales y humanos disponibles en las unidades de endoscopia de Galicia, la práctica clínica habitual y la valoración de los requerimientos para la sedación.

Pacientes y métodos: La SGPD remitió por correo una encuesta a las 29 unidades de endoscopia existentes en hospitales de la comunidad gallega. Se solicitó información sobre el número y tipo de exploraciones realizadas, los medios disponibles para la sedación y el modo de controlarla, así como el tipo de sedación en cada exploración. Finalmente se solicitó la opinión sobre el nivel de sedación deseable en cada tipo de exploración.

Resultados: La encuesta fue respondida por veinte unidades de endoscopia, doce pertenecientes al SERGAS. La mediana de endoscopias anuales realizadas fue de 1885. En 11 de las unidades se realizaban exploraciones de alta complejidad (CPRE, ecoendoscopia, enteroscopia). Las salas de endoscopia estaban dotadas de pulsioximetría, monitorización electrocardiográfica, defibrilador y sala de recuperación en el 80%, 42%, 40% y 50% respectivamente. El fármaco más utilizado en la gastroscopia terapéutica fue el midazolam (76%) siendo la asociación midazolam-dolantina la sedación más utilizada en las colonoscopias terapéuticas (72%) y la CPRE (60%). El anestesista estaba disponible para determinadas exploraciones de forma habitual en el 15%, y de forma excepcional en el 65% de las unidades. En el 30% nunca están disponibles en la unidad, debiendo acudir al quirófano. La sedación era controlada por el endoscopista en el 44%, y por el endoscopista y la enfermera en el 66% de las unidades. En el 33% de las unidades de endoscopia hubo alguna complicación grave asociada a la sedación. El 35% de los encuestados desearía tener un anestesista en la unidad a tiempo completo, el 25% solo para exploraciones determinadas, el 35% solo para casos excepcionales y un 5% no desearía disponer nunca de un anestesista. Finalmente, los encuestados consideran que es necesario algún grado de sedación en el 83% de las gastroscopias terapéuticas, en el 87% de las colonoscopias terapéuticas, en el 98% de las CPRE, en el 95% de las enteroscopias y en el 98% de las ecoendoscopias.

Conclusión: Aunque la percepción por parte de los endoscopistas de la necesidad de sedación en las exploraciones endoscópicas es elevada, los medios disponibles en algunas unidades son insuficientes para un correcto manejo de los pacientes.

EFFECTO DE LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA POR VARICES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

D. Sánchez Muñoz y M. Castro Fernández

Servicio de Aparato Digestivo Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINS), concretamente la aspirina (AAS) se ha asociado con el desarrollo de hemorragia por varices esofágicas.

Objetivo: Establecer la relación entre el consumo de AAS y otros AINES sobre el sangrado por varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática.

Pacientes y métodos: Se incluyen 50 pacientes cirróticos, 44 (88%) hombres y 6 (12%) mujeres, con una edad media de 58,6 (32-87) años, ingresados por hemorragia por varices esofágicas. Se estudia asimismo un grupo de 50 pacientes cirróticos, 44 (88%) hombres y 6 (12%) mujeres con una edad media de 58,5 (35-81) años, que acudieron por motivos distintos a hemorragia por varices, y un tercer grupo de 23 pacientes cirróticos, 21 (91,3%) hombres y 2 (8,7%) mujeres, que ingresaron por hemorragia por úlcera gastroduodenal (UGD). Los pacientes se estratificaron en función del consumo de AAS (100-300 mg/día), consumo de AAS (≥ 500 mg/día), o consumo de otros AINES. Se excluyeron los pacientes que tomaban paracetamol o metamizol.

Resultados: 5/50 (10%) pacientes con hemorragia por varices habían tomado AAS o AINES, frente a 3/50 (6%) pacientes sin hemorragia. P = NS. Tampoco existen diferencias significativas al comparar por separado consumo de AAS o AINES, ni al estratificar el consumo de estos fármacos en función de sus dosis El 52% (12/23)

de los pacientes con hemorragia por UGD habían tomado alguno de estos fármacos. (Tabla 1).

Tabla 1. Consumo de AAS u otros AINES en pacientes cirróticos con y sin hemorragia por varices esofágicas (p = NS)

	Hemorragia por varices	Sin hemorragia	Hemorragia por UGD
N	50	50	23
Hombres/Mujeres	44/6	44/6	21/2
Edad	58,6 (32-87)	58,5 (35-81)	62,9 (33-78)
AAS (100-300 mg/d)	4 (8%)	2 (4%)	4 (17,3%)
AAS (≥ 500 mg/d)	1 (2%)	0	3 (13%)
AINES ? AAS	0	1 (2%)	5 (21,7%)
Total	5 (10%)	3 (6%)	12 (52%)

Conclusiones: No se pueden establecer conclusiones firmes en cuanto a la relación entre el consumo de AAS u otros AINES y el desarrollo de hemorragia por varices esofágicas en los pacientes con cirrosis hepática.

¿ES ÚTIL LA OBTENCIÓN DE BIOPSIAS DE SEGUNDA PORCIÓN DUODENAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS A UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA PARA ESTUDIO DE ANEMIA?

M. Rivera Vázquez*, X. Bessa Caserras*, J. M. Vigata Reig**, M. Nieto Calvet*, A. Seoane Urgorri*, A. Panadès Aran*, M. A. Munne Torras***, D. Vázquez Cruz*, M. Andreu García* y F. Bory Ros*

*Gastroenterología Hospital del Mar. Barcelona, **Medicina Familiar Hospital del Mar. Barcelona, ***Anatomía Patológica Hospital del Mar. Barcelona.

El espectro de presentación de la enfermedad celiaca es amplio, comprendiendo desde los síntomas gastrointestinales vagos hasta la malabsorción con esteatorrea. El diagnóstico de enfermedad celiaca debe considerarse ante todo paciente con anemia de origen no filiado. Diversas sociedades de Gastroenterología (GUT 2000;46 (suppl 4): iv1-iv5) recomiendan la obtención de biopsias seriadas de segunda porción duodenal en pacientes con anemia ferropénica para descartar la presencia de una enfermedad celiaca.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la obtención de biopsias de segunda porción duodenal en pacientes remitidos a una unidad de endoscopia digestiva para el estudio de anemia de origen indeterminado.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes remitidos en el periodo Febrero-Agosto'03 a nuestra unidad, con la orientación de anemia a estudio para efectuar un estudio endoscópico alto. Se han descartado a los pacientes con otras causas de pérdidas gastrointestinales. Al menos dos muestras de mucosa duodenal, lo más alejadas posible, se obtuvieron para estudio histológico. Las muestras obtenidas fueron tipificadas como normales (grupo I) o patológicas (grupo II) en base a la clasificación de MARSH (tipo I o infiltrativo, tipo II o hiperplásico y tipo III o destructivo). Una histología MARSH tipo III se considera diagnóstico de enfermedad celiaca. Los hallazgos obtenidos se han correlacionado a posteriori con variables clínicas (edad, sexo) y analíticas (ferropenia, microcitosis, tiempo de quick y niveles ácido fólico y vit B12).

Resultado: En el periodo de estudio se han evaluado 67 pacientes con anemia de origen no filiado, en tres casos (4,5%) se ha obtenido el diagnóstico histológico de enfermedad celiaca. En 12 casos (18%) la muestra de segunda porción fue patológica (MARSH tipo I en 9 casos (13,4%) y MARSH tipo III en 3 casos (4,5%), respecto al total de muestras obtenidas). La obtención de una muestra patológica (MARSH I-III se relacionó a posteriori con una edad inferior a la mediana ($p < 0,049$) y la ferropenia ($p < 0,005$). No se observó relación entre el déficit de ácido fólico, vitamina B12 y descenso del tiempo de protrombina y la obtención de una muestra patológica ($p < 0,44$, $p < 0,51$, y $p < 0,66$, respectivamente). El análisis multivariado mostró que la única variable asociada a la obtención de una muestra patológica durante el estudio fue unos niveles bajos de ferritina (OR: 6,6, IC95% 1,6 - 26,9).

Conclusión: La obtención de biopsias de segunda porción duodenal de forma rutinaria en el estudio endoscópico alto debería efectuarse de forma rutinaria en los pacientes remitidos a una unidad de endoscopia para el estudio de una anemia no filiada.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y EL TRÁNSITO INTESTINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE PÓLIPOS EN INTESTINO DELGADO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE POLIPOSIIS INTESTINAL. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Mata*, J. Llach*, A. Castells*, M. Pellisé*, G. Fernández-Esparrach*, A. Ginès*, J. Rovira**, J. Piqué* y J. Bordas*

*Gastroenterología HCP. Barcelona, **Centro de Diagnóstico por la Imagen HCP. Barcelona.

La cápsula endoscópica es un buena técnica para la visualización del intestino delgado y se ha sugerido que podría ser de utilidad para la identificación de lesiones polipoideas en pacientes con poliposis intestinal.

Objetivo: Valorar la eficacia diagnóstica de la cápsula endoscópica y el tránsito intestinal en la detección de lesiones polipoideas en pacientes con síndrome de poliposis intestinal.

Pacientes y métodos: Se analizaron 10 pacientes con diagnóstico de síndrome de poliposis intestinal (6 casos de poliposis adenomatosa familiar y 4 con Sdme de Peutz-Jeghers). A todos ellos se les realizó un estudio del intestino delgado mediante tránsito intestinal y cápsula endoscópica en un periodo de tiempo inferior a 1 semana. Se documentaron el número de pólipos (ausencia, 1-5 o más de 5), la localización (duodeno, yeyuno o ileon) y el aspecto de la superficie de las lesiones visualizadas con ambas exploraciones. El análisis fue realizado por expertos en cada una de las dos técnicas que desconocían el resultado de la otra.

Resultados: La cápsula endoscópica visualizó pólipos en intestino delgado en 4 de los 10 pacientes. El tránsito intestinal identificó pólipos en intestino delgado en 3 de estos 4 pacientes, sin objetivar un pólipos ileal visualizado por cápsula en el paciente restante. Aunque el número de lesiones detectado por ambas técnicas fue similar en duodeno y yeyuno, la cápsula identificó pólipos ileales en dos de los 4 pacientes con hallazgo radiológico negativo. No se observaron alteraciones relevantes a nivel de la mucosa en ninguna de las lesiones detectadas. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con ambas técnicas.

Conclusión: En los pacientes con síndrome de poliposis intestinal, la cápsula endoscópica puede ser útil para la visualización de pólipos intestinales, particularmente en la identificación de lesiones situadas a nivel ileal.

ESTUDIO DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN GASTRODUODENAL

J. Gisbert, J. Legido, I. Castell, I. Llorca, J. Cantero y J. Pajares
Digestivo Hosp. de la Princesa. Madrid.

Objetivo: La úlcera péptica representa la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta (HDA). Puesto que en la mayoría de los casos su evolución es favorable y el episodio hemorrágico cede espontáneamente, se ha planteado la posibilidad de reducir el número de los ingresos hospitalarios en estos pacientes. Nuestro objetivo fue revisar las variables clínicas y endoscópicas de los pacientes con HDA secundaria a lesiones pépticas gastroduodenales evaluados en nuestro hospital durante dos años, así como identificar las características que se asocian a una evolución desfavorable de la HDA y las particularidades de los pacientes que fueron dados de alta inmediatamente después de realizar la gastroscopia urgente.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los episodios de HDA que acudieron a nuestro hospital durante dos años. Se incluyeron aquellos pacientes en los que se identificó mediante gastroscopia una úlcera gastroduodenal o una gastritis/duodenitis erosiva como

causa de la HDA. Se evaluó el papel pronóstico de diversas variables clínicas, analíticas y endoscópicas. Como variables de «resultado» de mala evolución se incluyeron la persistencia o recidiva hemorrágica, la cirugía y la mortalidad (la variable evolución se categorizó como «desfavorable» cuando se observaba alguna de éstas).

Resultados: Se identificaron 248 pacientes con HDA por lesiones gastroduodenales pépticas, con una edad media de 62 años. La forma de presentación más frecuente fue las deposiciones melénicas (77%). El 44% tenía enfermedades asociadas y el 48% recibía gastroreservos. La causa más frecuente de HDA fue la úlcera duodenal (48%), seguida de la úlcera gástrica (32%). La HDA evolucionó desfavorablemente en el 7,3% de los casos. En el análisis multivariante, las variables que se asociaron a una evolución desfavorable fueron la presentación como hematemesis de sangre roja, una presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg, una frecuencia cardíaca ≥ 100 l. p. m. y una clasificación endoscópica de Forrest más grave (Ia, Ib, IIa, IIb). El 10% de los pacientes fueron dados de alta inmediatamente, sin complicaciones posteriores. Si aplicáramos las variables predictivas obtenidas en el modelo multivariante podría evitarse el ingreso en 86 pacientes (35%) sin complicaciones posteriores.

Conclusiones: Se han identificado una serie de variables clínicas y endoscópicas (presentación de la HDA, presión arterial, frecuencia cardíaca y clasificación endoscópica de Forrest), fáciles de obtener y de aplicar en la práctica clínica, que permiten estimar con relativa seguridad la evolución de la HDA. De este modo puede identificarse con fiabilidad un subgrupo relativamente numeroso de pacientes con HDA susceptible de recibir tratamiento ambulatorio, con los beneficios que ello puede conllevar.

ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL IMPACTO DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE UNA COHORTE NO SELECCIONADA DE 346 PACIENTES REFERIDOS PARA USE DIAGNÓSTICA

E. Vázquez Sequeiros, D. Boixeda de Miquel, V. Moreira Vicente y A. García Plaza
Gastroenterología Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La USE permite estudiar diferentes enfermedades gastrointestinales. Sin embargo, se desconoce cual es su impacto terapéutico.

Objetivo: Determinar el impacto terapéutico de la USE en una cohorte de pacientes (PT) no seleccionados.

Material y métodos: *Diseño:* Prospectivo. *Periodo de inclusión:* 08/2002-09/2003. *Criterios de Inclusión:* 1) PT con indicación de USE según las guías de la ESGE. *Criterios de Exclusión:* 1) Coagulopatía, 2) PT rechaza participación. *Estimación del impacto terapéutico de la USE (global, USE alta y baja):* a) USE proporciona información nueva (sí/no), b) los hallazgos de la USE tienen un impacto teórico en el tratamiento (sí/no), c) los hallazgos de la USE tienen un impacto real en el tratamiento (sí/no). *Análisis estadístico:* t student, Wilcoxon, Fisher. Regresión logística.

Resultados: Se evalúan 346 PT: H/M (61%/39%), edad (59,0 \pm 15,6 años [61]), tabaquismo (sí: 56%; cantidad: $13,7 \pm 15,2$ cig/d [10 cig/d]), alcohol (sí: 68%; cantidad: $29,7 \pm 22,1$ gr/d [20 gr/d]), índice masa corporal (IMC) ($27,0 \pm 4,1$ Kg/m² [26,9]), diabetes melitus (14%), cardiopatía (15%), EPOC (9%), endoscopia previa (79%), USE previa (5%). Indicación para USE: tumor páncreas/víbula biliar (82/346 = 24%), tumor esófago/gástrico (56/346 = 16%), pancreatitis idiopática/litiasis (55/346 = 16%), tumor subepitelial (50/346 = 14%), hipertensión portal (22/346 = 7%), fistula perianal (25/346 = 7%), pancreatitis crónica (17/346 = 5%), carcinoma recto (15/346 = 4%), linfoma MALT (15/346 = 4%), adenopatías (9/346 = 3%).

	USE alta	USE baja	Global
Información nueva en USE	282/306 (92%)	36/49 (90%)	318/346 (92%)
Impacto teórico USE	234/306 (76%)	31/40 (77%)	265/346 (76%)
Impacto real USE	212/306 (69%)	29/40 (72%)	241/346 (69%)

Tras la USE, la actitud terapéutica se hizo más agresiva en el 33% (115/346) de todos los PT, en el 30% (92/306) de las USE altas y en el 57% (23/40) de las USE bajas. La actitud terapéutica se hizo menos agresiva en el 36% (126/346) de todos los PT, en el 39% (120/306) de las USE altas y en el 15% (6/40) de las USE bajas. Los hallazgos de la USE, la ingesta de alcohol y una edad ≥ 61 años se asociaban significativamente (uni/multivariado) con cambios en la actitud terapéutica ($p < 0,05$) (sexo, tabaquismo, diabetes, EPOC, cardiopatía, $p > 0,05$).

Conclusiones: 1) Los hallazgos USE, la ingesta de alcohol y una edad ≥ 61 años se asocian significativamente con cambios en el manejo terapéutico de los PT referidos para USE y 2) Los hallazgos de la USE modifican la actitud terapéutica en el 69% de los PT evaluados, con un 36% de ellos recibiendo un tratamiento menos agresiva, lo que podría tener un impacto económico significativo.

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE PERFORACIONES EN COLONOSCOPIAS CON PROPOFOL. ¿SE PRECISA UNA CURVA DE APRENDIZAJE ANTE EL PACIENTE ANESTESIADO?

M. Iñarrairaegui, F. Borda, J.J. Vila, C. Prieto, O. Nantes, F.J. Jiménez Pérez y J.M. Zozaya

Digestivo Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción: La práctica sistemática de colonoscopias con anestesia (CCA) conlleva unas indudables ventajas para el paciente. No obstante, la supresión del dolor puede traducirse en la práctica de maniobras endoscópicas más agresivas, con mayor riesgo de perforación.

Objetivos: Determinar nuestra tasa de perforaciones en la CCA y analizar su evolución desde su introducción hasta la actualidad, comparándola con la registrada previamente en colonoscopias sin anestesia.

Material y métodos: Revisamos las perforaciones de las últimas 6.781 colonoscopias sin anestesia, comparándolas con las registradas en 12.000 colonoscopias consecutivas, efectuadas bajo anestesia con Propofol en infusión IV. Se han excluido los casos de perforaciones debidas directamente a maniobras terapéuticas. Se analizan las características de edad, sexo, paciente ingresado o ambulatorio, frecuencia de divertículos, de cirugía abdominal previa y la experiencia del endoscopista (MIR o plantilla) entre los casos de perforación con y sin anestesia. Calculamos las tasas de perforaciones: global, sin y con anestesia. Dentro del grupo de CCA analizamos la evolución de la tasa acumulativa de complicaciones cada 2.000 exploraciones, determinando su riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Empleamos los tests estadísticos de Chi cuadrado, Fisher y Student.

Resultados: No registramos diferencias significativas en cuanto a las características del paciente ni del explorador entre las colonoscopias con y sin anestesia que presentaron una perforación. La tasa global de perforaciones ha sido de 23/18.781 (0,122%). La perforación ha sido más frecuente en las CCA: 19/12.000 (0,158%), con respecto a las colonoscopias sin anestesia: 4/6.781 (0,059%); $p < 0,1$; RR = 2,7 IC (0,9-7,9). El número de perforaciones por cada 2.000 CCA ha mostrado la siguiente evolución: 7- 2- 3- 3- 2 - 2. En nuestras 2.000 primeras CCA el RR de perforación frente a las exploraciones sin anestesia fue de 5,9 IC (1,7-20,2), $p = 0,004$. En las sucesivas CCA la tasa de perforaciones no fue significativamente superior con respecto a las colonoscopias sin anestesia. Hemos tenido que efectuar 8.000 CCA para que el RR acumulado dejase de ser significativamente superior al de las exploraciones sin anestesia.

Conclusiones: 1) En nuestra serie, la práctica de colonoscopias con anestesia se ha visto gravada con un aumento de perforaciones, que atribuimos a la supresión del dolor, ya que las características de los pacientes y del explorador fueron similares entre los perforados con y sin anestesia y 2) Hemos constatado un efecto de "curva de aprendizaje" en nuestro manejo endoscópico de pacientes anestesiados. Pasadas las 2.000 primeras exploraciones con Propofol, en las que el RR fue de 5,9, registramos un descenso de la tasa de perforacio-

nes. Considerando el riesgo acumulado, a partir de las 8.000 exploraciones la tasa de perforaciones dejó de ser significativamente superior a la del grupo.

FACTORES CLÍNICOS QUE INFLUYEN EN EL INGRESO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA – NO ASOCIADA A HIPERTENSIÓN PORTAL (HDA-NHP) SIN CRITERIOS ABSOLUTOS DE HOSPITALIZACIÓN

P. Almela Notari, M. Mínguez Pérez, R. Añón Rodríguez, V. Hernández Ramírez, B. Herreros Martínez, C. Amorós García, V. Sanchiz Soler, I. Pascual Moreno, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez

Servicio Gastroenterología H. Clínico Universitario. Valencia.

Antecedentes: Ha sido demostrada la seguridad del control ambulatorio de pacientes con HDA-NHP previamente seleccionados. Sin embargo se desconoce los datos clínicos que influyen en el ingreso de pacientes sin criterios absolutos de hospitalización y en los cuales la decisión de hospitalización depende del "juicio clínico" del médico.

Objetivos: Conocer los factores que influyen en la decisión de ingreso de pacientes con HDA-NHP hospitalizados, sin criterios absolutos para ello, en función del "juicio clínico".

Métodos: Estudio prospectivo de los datos clínicos, analíticos y endoscópicos de 580 pacientes consecutivos (374 H / 207M) con HDA-NHP, edad media de $61,3 \pm 18,8$ años, sin criterios absolutos de hospitalización; se ingresaron (en función del "juicio clínico") a 380 pacientes (GH) y 201 se derivaron para control ambulatorio (GA). Se valoraron diferencias entre ambos grupos (test de c 2) en cuanto a: sexo, edad, forma de presentación, tiempo de evolución del sangrado, sintomatología digestiva previa, comorbilidad, tabaquismo y etilismo, ingesta de AINES, correlato vegetativo, repercusión hemodinámica, hemoglobina y hematocrito, urea y lesión causal de la HDA. Se analizaron los factores asociados a la decisión de ingreso mediante regresión logística (paso adelante), incluyendo aquellas variables con un valor de $p < 0,1$ en el análisis univariante.

Resultados: En el GH los pacientes presentaron con mayor frecuencia (análisis univariante): edad > 60 años, hematemesis + meleñas, consulta en las primeras 24 horas, comorbilidad, síntomas digestivos previos, correlato vegetativo, repercusión hemodinámica moderada, $Hb < 10$ g/dl, $Hto < 30\%$, urea > 75 mg/dl y úlcera péptica como lesión sangrante. Los factores asociados con la decisión de ingreso (regresión logística) fueron: comorbilidad (OR 3,32, IC 2,02-5,47), la precocidad en acudir al hospital (OR 4,12, IC 2,35-7,22), la repercusión hemodinámica moderada (OR 9,80, IC 5,75-16,67) y la úlcera péptica (OR 3,63, IC 2,16-6,12).

Conclusiones: La repercusión hemodinámica moderada, la precocidad en acudir al hospital, la úlcera péptica como lesión causal de la HDA y la comorbilidad inducen el ingreso de pacientes con HDA-NHP sin criterios absolutos de hospitalización (en función del "juicio clínico").

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INDETERMINADO. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y LA ENTEROSCOPIA

A. Mata, J. Llach, F. Feu, A. Ginès, F. Mondelo, M. Pellisé, G. Fernández-Esparrach, J. Piqué y J. Borda

Gastroenterología HCP. Barcelona.

La identificación y localización de las lesiones situadas en el intestino delgado y que pueden provocar hemorragia digestiva resulta difícil de establecer.

Objetivo: Analizar el papel de la cápsula endoscópica en los pacientes con hemorragia digestiva de origen indeterminado (HDOI) y comparar los resultados obtenidos entre ésta exploración y la enteroscopia.

Pacientes y método: Se analizaron 35 pacientes con HDOI, (hemorragia aguda en 21 casos y anemia crónica en 14) con fibrogastroskopía y fibrocolonoscopia total normales. Todos ellos fueron insuflados para recibir la cápsula y al cabo de 1 semana se les realizó

una enteroscopia. Se compararon los resultados obtenidos mediante ambos procedimientos de forma independiente y sin conocimiento del resultado de la otra exploración.

Resultados: La visualización de hallazgos potencialmente relacionados con la hemorragia digestiva fue significativamente superior ($p < 0,05$) mediante la cápsula (26 de 35 pacientes (74%) que con la enteroscopia (7 de 35 pacientes (20%). El porcentaje de hallazgos fue similar en los pacientes con hemorragia digestiva aguda y con anemia crónica (71% y 78% respectivamente). Todas las lesiones visualizadas por la enteroscopia fueron detectadas por la cápsula endoscópica. Las lesiones más frecuentes fueron: angiodisplasias (46%), presencia de sangre y coágulos sin detectar lesión mucosa (23%), úlceras yeyunales (15%), tumoración ileal (8%), mucosa ileal de aspecto inflamatorio (4%) y estenosis yeyunal (4%). En 6 casos (23% de los pacientes con hallazgos positivos), los resultados obtenidos condicionaron un cambio en la actitud terapéutica. Un paciente con estenosis yeyunal y dos con lesión ileal fueron intervenidos quirúrgicamente confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Crohn en el primer caso y tumor carcinoide en los otros dos. Otros dos pacientes con evidencia de angiodisplasia yeyunal y restos de sangre, fueron tratados eficazmente con Argon-beam en el curso de la enteroscopia. El paciente restante con mucosa ileal de aspecto inflamatorio se diagnosticó de enfermedad de Crohn presentando mejoría clínica tras el tratamiento médico efectuado. La cápsula fue bien tolerada en todos los casos. En el paciente con estenosis yeyunal fue necesaria su extracción durante la cirugía.

Conclusión: La cápsula endoscópica permite una correcta visualización de todo el intestino delgado y posee una eficacia diagnóstica superior a la enteroscopia en el estudio de pacientes con HDOI, permitiendo además modificar la conducta terapéutica en uno de cada cuatro enfermos con hallazgos positivos.

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA ROCKALL EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) DE ALTO RIESGO NO LIGADA A HIPERTENSIÓN PORTAL (HTP)

B. Ballesté Peris, X. Bessa Caserras, E. O'Callaghan Castella, M. Nieto Calvet, A. Seoane Urgorri, A. Panadès Aran, D. Vázquez Cruz, M. Andreu García y F. Bory Ros
Gastroenterología Hospital del Mar. Barcelona.

La aplicación de una guía clínica basada en el sistema de puntuación Rockall (Gastroenterol Hepatol 2003;26:70-85) ha permitido mejorar el pronóstico y disminuir las estancias medias hospitalarias en pacientes con HDA. La mayoría de estudios han evaluado su eficacia en la globalidad de las HDA, no obstante, pocos estudios se han centrado en su utilidad en las HDA de alto riesgo.

Objetivo: Evaluar la aplicación de la guía Rockall en el pronóstico y manejo de los pacientes con HDA no ligada a HTP de alto riesgo.

Pacientes y métodos: Aplicación prospectiva de la guía Rockall en todos los pacientes ingresados por HDA no ligada a HTP de alto riesgo (periodo 2002-2003) y comparación de las principales variables evolutivas (recidiva, necesidad de tratamiento quirúrgico, morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria), con una serie histórica de pacientes de las mismas características (periodo 1995-2001). Se ha considerado HDA de alto riesgo a los pacientes sometidos a tratamiento hemostático endoscópico (Forrest Ia, Ib, IIa y IIb). La actuación en los pacientes de alto riesgo, comporta entre otras, la monitorización de constantes vitales, la monitorización de la presión venosa central y la diuresis si es preciso, la colocación de sonda nasogástrica y el ayuno o dieta líquida en las primeras 24 horas.

Resultados: Se incluyeron de forma prospectiva 43 pacientes con HDA no ligada a HTP de alto riesgo y se compararon los parámetros descritos previamente con una serie histórica previa de 199 pacientes. La aplicación de la guía clínica basada en el sistema de puntuación Rockall, ha permitido disminuir de manera significativa la probabilidad de recidiva (20% vs. 6%, $p < 0,02$) y la estancia media ($10,5 \pm 8,6$ vs $5,5 \pm 3,4$ días, $p < 0,002$). Sin alcanzar la significación estadística, probablemente por el bajo número de pacientes

en la serie prospectiva, se ha mejorado la probabilidad de requerir tratamiento quirúrgico (9,7% vs 2,2%, $p < 0,096$), la probabilidad de fallecer (7,7% vs 2,2%, $p < 0,17$) y el desarrollo de complicaciones en relación a la HDA (21% vs 13%, $p < 0,22$). No se han observado diferencias significativas en el requerimiento de hemoderivados ($1,7 \pm 1,9$ vs. $1,4 \pm 1,9$ concentrados de hematíes, $p < 0,28$). La comparación de ambas series, mostró una menor presencia de enfermedades asociadas (53% vs. 33%, $p < 0,01$) y un mayor uso de inhibidores de la bomba de protones (97% vs 66%, $p < 0,001$) en la serie prospectiva, no obstante, el análisis multivariado ajustado previamente por las variables diferenciales previamente descritas ha confirmado que la aplicación de una guía clínica reduce el riesgo de recidiva hemorrágica (RR: 0,24, IC95%: 0,07-0,86).

Conclusión: La aplicación de una guía clínica basada en el sistema de puntuación Rockall mejora el manejo y pronóstico de los pacientes con HDA no ligada a HTP de alto riesgo.

LA CAPSULOENDOSCOPIA EN PACIENTES CON SANGRADO DIGESTIVO DE ORIGEN NO DETERMINADO. UNA ALTERNATIVA EFICIENTE

V. Pons Beltrán, L. Argüello Viudez, N. Maroto, V. Pertejo y T. Sala
Medicina Digestiva Hospital Universitari la Fe. Valencia.

La capsuloendoscopia (M2A) se ha demostrado eficaz en el estudio de pacientes con anemia de probable origen digestivo (APD) o hemorragia digestiva de origen incierto (HDI). No existen estudios que valoren la eficiencia (estudios coste-efectividad) de la M2A.

Objetivos: Determinar la capacidad diagnóstica de la capsuloendoscopia en los pacientes con APD y/o HDI y cuantificar el consumo de recursos sanitarios previo.

Material y métodos: De enero a noviembre de 2003 se estudiaron 28 pacientes (50% mujeres; 56 ± 19 años, 18-84) por existencia de APD (11) o HDI (17). Se analizó: la capacidad diagnóstica de la M2A; el tiempo de evolución, el nº de ingresos, nº de visitas a consultas externas y a urgencias desde el inicio del cuadro clínico; requerimientos transfusionales en el último año; nº de gastroscopias, colonoscopias, estudios baritados y otros estudios (arteriografía, gammagrafía, TAC, ecografía) realizados.

Resultados: Se detectó lesión en 22 pacientes (78%): en 12, angiectasias en I. delgado; en 3, pólipos yeyunales; en 3, lesiones compatibles con E. Crohn; sangrado activo durante el estudio en 2 pacientes; en uno, esofagitis péptica y en otro gastritis petequial; en 5 no se encontraron lesiones. La técnica fracasó en 1 caso (permanencia de la M2A en cavidad gástrica durante todo el estudio). Hasta la realización de la M2A, el tiempo de evolución medio había sido de 43 ± 41 (1-200) meses. El nº de ingresos hospitalarios fue de $3,5 \pm 3,4$ (0-10). Los pacientes habían realizado 9 ± 8 (0-34) visitas a consultas externas y $4,5 \pm 6$ (0-21) visitas a PU. El nº de concentrados de hematíes transfundido en un año había sido de $6,7 \pm 8,5$ (0-32). Se había realizado una media de $2,6 \pm 1,7$ (1-6) gastroscopias, $1,7 \pm 0,9$ (1-4) colonoscopias, $1,1 \pm 0,7$ (0-3) estudios baritados y $2,6 \pm 3$ (0-10) respecto a otras exploraciones.

Conclusiones: en el 78% de los pacientes con APD y/o HDI la M2A permite establecer un diagnóstico. Su inclusión en fases más iniciales del algoritmo diagnóstico conseguirá una reducción del coste sanitario y un mayor bienestar del paciente (por las exploraciones invasivas evitadas y la obtención de un diagnóstico más precoz).

LA CITOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DEL CÁNCER COLORECTAL

A. Vilella Martorell*, M. García Bonafé**, C. Dolz Abadía*, A. Brotons García* y J. Ibarra de La Rosa**

*Aparato Digestivo Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca,

**Anatomía Patológica Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Objetivo: Estudiar de forma prospectiva la utilidad de la citología en el diagnóstico del cáncer colorectal (CCR).

Material y métodos: A todos los pacientes con diagnóstico endoscópico de CCR en el periodo de Abril 2002 a Agosto 2003 se les realizó una citología y toma de biopsias, utilizando para obtener la citología un único pase con un cepillo CCB 7-240-3-S (Cook) y para las biopsias una pinza Radial-Jaw con aguja 240-2,2-2,8 (Boston Scientific) con un promedio de 3 biopsias (rango 2 a 5) por caso. Para el análisis citológico se remitieron, en todos los casos, dos extensiones secadas al aire conjuntamente con material en tubo procedente del lavado del cepillo con alcohol de 96%. Con una de las extensiones se realizó una tinción rápida (diff-Quick, Panóptico rápido) y la otra se rehidrató con glicerina y suero fisiológico, fijándose en alcohol de 96% para la tinción de Papanicolaou. Con el material en tubo se realizó un centrifugado a 2500 r. p. m. durante 10 minutos; si con el centrifugado quedaba sedimento en el tubo se procedía a hacer 2 extensiones en los que se realizaba la tinción de Papanicolaou. Si no quedaba sedimento, se realizaba una citocentrifugación durante 3 minutos y con las extensiones se seguía el mismo proceso que en el caso anterior. Las biopsias se procesaron según la técnica habitual de tinción con hematoxilina-eosina.

Resultados: Se han incluido un total de 70 pacientes diagnósticos de CCR, 44 de colon y 26 de recto. Se confirmó el diagnóstico de CCR en los 70 casos con sospecha endoscópica, con pieza quirúrgica en 51 casos y con biopsia en el resto. De ellos, 69 correspondieron a adenocarcinoma y 1 caso fue diagnosticado con la pieza quirúrgica de tumor estromal tipo GIST. La citología fue positiva en 68 casos, con dos falsos negativos, uno de ellos el tumor GIST y el otro un adenocarcinoma de recto, correctamente diagnosticado con la biopsia. En ningún caso la muestra de citología fue insuficiente para el diagnóstico. La biopsia fue positiva en 60 casos; los diagnósticos de los 10 restantes (9 adenocarcinomas y 1 GIST) fueron de colon normal en 6 casos, 1 colitis crónica inespecífica, 1 material fecaloideo y 2 casos de adenoma. Según estos resultados, la sensibilidad para el diagnóstico de neoplasia de colon fue, del 100% para la visión endoscópica, del 97,1% para la citología y del 85,7% para la biopsia. El tiempo medio para la obtención de los resultados fue inferior a 24 h. para la citología y de 72 h para la biopsia. El coste de la biopsia fue el doble que el de la citología (5 vs 2,5 uvr (unidades relativas de valor).

Conclusiones: La realización de citología para la confirmación del diagnóstico endoscópico de neoplasia maligna colorectal aporta importantes ventajas como son: reducción del tiempo de la exploración endoscópica, mayor sensibilidad, mayor rapidez en la obtención de los resultados y un menor coste económico.

LA IMAGEN ENDOSCÓPICA INTEGRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

C. Dolz Abadía*, A. Vilella Martorell*, A. Brotons García*, J. Riera Oliver*, H. Andreu Serra*, A. Contestí Coll** y M. Cabrer González**

*Aparato Digestivo Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca,
**S. Informática Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca.

Objetivo: La incorporación de la imagen endoscópica en la historia clínica y en el circuito de archivo y edición de imágenes del Hospital.

Materiales y sistemas utilizados: 1) Captura de las imágenes con el programa de endoscopia Endobase de Olympus, 2) Utilización de estándares de sistemas informáticos: DICOM 3.0 para comunicaciones con el PACS (Picture Archiving Comunication System). Dicha base tecnológica consta de un sistema de almacenamiento de imágenes que proporciona un sistema *filmless* dentro del ámbito de la radiología permitiendo su visualización a través de un visualizador DICOM-Web, 3) Interface Gráfico de Captura y tratamiento de imágenes adaptado a todos los dispositivos susceptibles de suministro de imágenes fotográficas y de video del Hospital. Módulo de conversión a DICOM-VL y de comunicación con Endobase de Olympus, 4) Almacenamiento y archivo de las imágenes en el PACS utilizando DICOM 3.0, y 5) Visión y edición mediante el programa de gestión de imágenes, en entorno web, Path-speed de General Electric.

Resultados: 1) Disponer de un único sistema para edición, almacenamiento y visión de todas las imágenes, tanto radiológicas como endoscópicas, 2) Incorporar a la historia clínica del paciente las imágenes generadas en las exploraciones, con acceso directo a todas ellas, ordenadas cronológicamente a lo largo de la vida del paciente, 3) Ver simultáneamente, en la misma pantalla, diferentes exploraciones: endoscópicas con radiológicas, endoscópicas entre si, etc., 4) Manipular la imagen para mejorar su interpretación: efecto lupa, medición de dimensiones, etc., 5) Incorporar directamente las imágenes a un editor de texto, informe de alta o programa de presentaciones, 6) Imprimir directamente la imagen, 7) Aprovechar las ventajas de un editor en entorno web (internet), tales como acceso desde otras áreas geográficas, acceso desde dispositivos móviles y facilidad de mantenimiento y actualización y 8) Cumplimiento de la normativa de seguridad y protección de datos según la Ley orgánica de protección de datos.

Conclusiones: El sistema desarrollado permite incorporar las imágenes endoscópicas en la historia clínica de paciente de forma sencilla, quedando integradas en un único archivo. La implantación de este desarrollo informático ha permitido mejorar el acceso, la edición, la organización y la confidencialidad de las imágenes obtenidas en las diferentes exploraciones endoscópicas.

LA SOBREEXPRESIÓN DE LA iNOS INDUCIDA POR LA ASPIRINA MEDIA LAS INTERACCIONES LEUCOCITO/ENDOTELIO EN VÉNULAS MESENTÉRICAS DE RATA

E. Quintana*, C. Hernández**, S. Calatayud***, J.V. Espigües* y M.D. Barrachina*

*Dpto. Farmacología Facultad de Medicina. Valencia, **Unidad Mixta CNIC-UVEG CNIC. Valencia, ***Unidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario. Valencia.

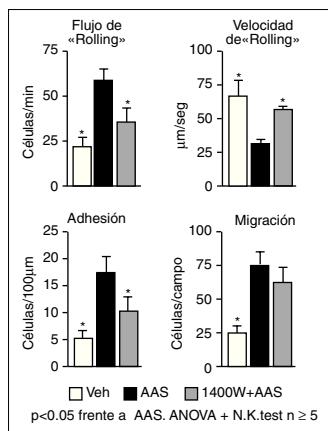
El tratamiento con AINES se asocia al desarrollo de procesos inflamatorios y cambios en la expresión de la enzima óxido nítrico sintasa (NOS) en el territorio gastrointestinal. El papel de la NOS inducible (iNOS) en el desarrollo de la inflamación es controvertido. Así, se le han atribuido efectos pro-inflamatorios y anti-inflamatorios dependiendo del tipo, la fase y la localización del foco.

Objetivo: Analizar el papel del óxido nítrico (NO) derivado de la iNOS sobre el proceso inflamatorio inducido por dosis gastrolesivas de aspirina (AAS).

Métodos: Se administró AAS (150 mg/kg) o vehículo (1ml/rata) vía oral a ratas en ayunas. Algunas recibieron, 10 min antes, el inhibidor selectivo de la iNOS, 1400W (5 mg/kg, s. c.). Seis horas más tarde, se anestesiaron (pentobarbital, 65 mg/kg, i. p.) y se analizaron el “rolling”, la adhesión y la migración leucocitarias en vérulas mesentéricas por microscopía intravital. La expresión de la iNOS en el cuerpo gástrico se determinó por RT-PCR cuantitativa (LightCycler).

Resultados: La AAS indujo incrementos significativos en todos los parámetros leucocitarios evaluados (ver gráfica). El pre-tratamiento con 1400W previno el efecto de la AAS sobre el “rolling” y la adhesión leucocitarias, si bien no alteró la migración al intersticio (ver gráfica). Además, el tratamiento con AAS indujo una sobreexpresión ($3.2 \pm 0.2^*$ veces) de la iNOS en el cuerpo gástrico ($*P < 0.05$, Student t-test, $n = 3$).

Conclusión: El NO derivado de la iNOS contribuye a la acción pro-inflamatoria de la aspirina en el tracto digestivo, pudiendo tener un papel en el desarrollo de las lesiones gástricas secundarias a este tratamiento.



LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN EL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS CRÓNICA (PC): ¿ESTÁ OBSOLETA LA CLASIFICACIÓN DE CAMBRIDGE?

J. Iglesias García, M. Sobrino Faya y E. Domínguez Muñoz
Ap. Digestivo Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Según la clasificación de Cambridge, la severidad de la PC se define en función de cambios morfológicos en los métodos de imagen. La USE, con imágenes ductales y parenquimatosas de alta definición, aumenta la información morfológica del páncreas. Nuestra hipótesis es que cada grupo de la clasificación de Cambridge incluye un amplio rango de cambios ecoendoscópicos y, por tanto, dicha clasificación debería ser actualizada. El objetivo del presente estudio es analizar los diferentes patrones ecoendoscópicos observados en los pacientes diagnosticados de PC severa en función de la CPRE y colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM).

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 47 pacientes (edad media 45 años, rango 27-86 años, 37 varones y 10 mujeres) diagnosticados de PC severa por CPRE y CPRM. La USE fue realizada por el mismo explorador, mediante un equipo PENTAX FG-38UX, quien conocía los datos clínicos de los pacientes, pero no los resultados de CPRE y CPRM. Se evaluaron los 10 criterios aceptados para el diagnóstico de PC por USE. Se analizaron el número y los diferentes criterios USE de PC.

Resultados: 7 pacientes (14,9%) cumplían los 10 criterios USE de PC, 7 (14,9%) cumplían 9, 10 (21,3%) 8 criterios, 9 (19,1%) 7 criterios, 7 (14,9%) 6 criterios y 7 (14,9%) 5 criterios. El número de pacientes que cumplían distintos criterios USE ductales y parenquimatosos se muestra en la tabla.

	Número de criterios			
	2	3	4	5
Ductales	6 (12,8%)	12 (25,5%)	14 (29,8%)	15 (31,2%)
Parenquimatoso	2 (4,2%)	18 (38,3%)	19 (44,2%)	8 (17%)

Los criterios parenquimatosos más frecuentes fueron los puntos hiperecogénicos y la lobularidad (100% de los pacientes) y las bandas hiperecogénicas (96%). Las calcificaciones se encontraron en 26 pacientes (55,3%) y los pseudoquistes en 10 (21,3%). Los cambios ductales más comunes fueron la pared hiperecogénica (100%) y la irregularidad del conducto (97,9%). La dilatación del conducto principal y colaterales la presentaron 34 (72,3%), y 35 (74,5%), y calcificaciones intraductales 17 (36,2%).

Conclusión: El grupo de pacientes con PC avanzada de acuerdo con la clasificación de Cambridge incluye un amplio rango de severidad según los hallazgos de la USE. Debería definirse una clasificación más específica de PC contando con los últimos avances de técnicas de imagen.

LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES GI CON INHIBIDORES DE COX-2 O CON LA COMBINACIÓN DE IBPS Y AINE, GENÉRICOS O NO, SON IGUAL DE COSTE EFECTIVAS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

A. Lanas y A. Ferrández
Aparato Digestivo Hospital Clínico. Zaragoza.

Introducción: Aunque los coxibs son más seguros en cuanto a complicaciones GI que los AINES no selectivos, su uso en enfermedades reumáticas es mucho menor en Europa que en EE. UU. El principal obstáculo reside en el coste, al ser los coxibs más caros que la asociación de un IBP a un AINE clásico, máxime cuando existen IBPs genéricos en el mercado.

Objetivo: Evaluar los costes relativos a la prevención de la HDA en diferentes tipos de pacientes con distintas alternativas terapéuticas.

Métodos: Dos estrategias: 1) Dosis estándar de coxib; 2) Asociación AINE y omeprazol genéricos. Se ha analizado la evidencia disponible (PubMed) realizándose estimaciones si la evidencia científica

fica era indirecta. No se han considerado las situaciones en las que no existía evidencia. Los dos factores principales considerados para determinar el coste en este estudio han sido el número de pacientes necesario para tratar (NNT) para prevenir un evento hemorrágico, el coste del fármaco y la duración del tratamiento.

Resultados: Ninguna estrategia terapéutica es coste-efectiva en pacientes sin factores de riesgo si que el coste medio de una hospitalización y tratamiento de una hemorragia digestiva es menor de 2.661€, (51.127-71.483€ con IBP+AINEs genéricos vs. 95.153-106.515€ con IBP+AINEs no genéricos y 70.463-123.187€ con coxibs). Por el contrario, si la reducción de complicaciones es mayor del 50%, todas las estrategias son coste-efectivas en pacientes con factores de riesgo: HDA por úlcera péptica (1.360-1.902€ con IBP+AINEs genéricos vs. 2.205-2.835€ con IBP+AINEs no genéricos, 1.701-2.016€ con coxibs y 1.548-1.756 con coxibs+IBP). Si además existen otros factores de riesgo todas las estrategias son coste-efectivas pero el coste es dos veces mayor en pacientes entre 65-74 años (10.128-13.778€ IBP+AINEs genéricos vs. 15.968-25.641€ IBP+AINEs no genéricos y 12.318-14.600€ coxibs) que en > 75 años (rango: 4.051-10.256€). No hay una estrategia que sea claramente superior a las demás en términos de coste salvo si siempre se prescribieran el AINE y el IBP más baratos. Si se confirma que el uso de coxibs conlleva una reducción del 50% de las complicaciones del tracto digestivo inferior sería la opción más coste-efectiva de las estudiadas (44.128-61.698€ IBP+AINE genéricos vs. 82.128-114.816€ IBP+AINE no genéricos y 27.594-44.968€ coxibs en pacientes sin factores de riesgo. En pacientes de alto riesgo sería: 2.376-3.261€ IBP+AINE genéricos vs 4.384-6.048€ IBP+AINE no genéricos y 1.458-1.728€ coxibs).

Conclusiones: La prescripción de coxibs o la combinación de IBP+AINE (genéricos o no) sólo son coste-efectivos en pacientes con factores de riesgo. No hay ninguna estrategia que sea superior otra. La terapia con coxibs sería la más coste-efectiva si se observase una reducción del 50% de las complicaciones GI bajas. La combinación IBP+AINE genéricos es la más efectiva si tuviera la misma eficacia y se utilizaran los fármacos más baratos disponibles.

LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS ELÁSTICAS (LBE) POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) 2ª A LESIONES NO VARICOSAS

E. Fort Martorell*, M. Hombrados Verde*, X. Aldeguer Manté*, M. Figa*, J.I. Rodríguez**, D. Acero* y F. González-Huix Lladó*

*Servei de Digestiu Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona,

**Servei de Cirurgia General Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción: La utilización de ligadura endoscópica con bandas elásticas para tratar las varices esofágicas se ha demostrado segura y útil. Este estudio evalúa la seguridad y efectividad de la ligadura endoscópica con bandas elásticas para tratar lesiones no varicosas.

Pacientes y métodos: Entre julio de 1999 y septiembre del 2003, se han tratado a 26 pacientes con hemorragia digestiva alta por lesiones no varicosas con LBE. Siendo la edad media 72,6 (45-95). Un 23% mujeres. Un 73% con comorbilidad importante y un 34,6% con tratamiento relacionado con la hemostasia (anticoagulantes orales, antiagregantes,...).

Resultados: Las lesiones sangrantes fueron: 14 (53,8%) angiodisplasias, 6 (30%) Dieulafoy, 4 (15,4%) gastroenteroanastomosis, 1 (3,8%) Mallory-Weiss y 1 (3,8%) ulcus antral. En un 23% de los casos se utilizó como tratamiento de rescate a la esclerosis. Se consigue el control de la HDA en 25/26 casos (96%), requiriendo intervención quirúrgica en éste caso (HDA en anastomosis de Billroth II) y en un caso hay una recidiva tardía (3,8%). No se observa ninguna complicación grave.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que la ligadura endoscópica con bandas elásticas es una técnica segura, efectiva y sencilla para el tratamiento de lesiones sangrantes no varicosas.

LIGADURA ENDOSCÓPICA DE HEMORROIDES CON MULTIBANDAS

L. Bujanda*, C. Muñoz**, A. Sánchez**, M. Ogueta**, O. Líbano*** y C. Iriondo**

*Digestivo Hospital Donostia. San Sebastián, **Digestivo Hospital San Eloy. Baracaldo, ***Mir Familia Hospital San Eloy. Baracaldo.

Introducción: La rectorragia secundaria a hemorroides es un motivo frecuente de consulta digestiva. El tratamiento quirúrgico es un proceso costoso y con frecuencia molesto para el paciente.

Material y métodos: Presentamos un estudio inicial, prospectivo, que incluye a 27 pacientes con rectorragia recidivante secundaria a hemorroides tratados con ligadura endoscópica. Se excluyeron pacientes con hemorroides grado IV/IV. En todos los pacientes se realizó el diagnóstico mediante colonoscopia o rectosigmoidoscopia. La técnica se realizó de forma ambulatoria. La ligadura se realizó con un videoendoscopio estándar, empleando el sistema multibandas de COOK. Se evaluó la evolución a las 8 semanas y las complicaciones de la técnica.

Resultados: Todos pacientes eran derivados desde la atención primaria por rectorragia, en 4 de ellos se asoció con anemia. Las hemorroides fueron internas en el 85% de los casos y dentro de estas, predominaron las de grado II (16 pacientes), seguidas del grado III (10 pacientes). La colocación de bandas se llevó a cabo por retroversión en el 55% de los casos, colocando un promedio de 3-4 bandas por sesión. En 23 pacientes se realizó una sola sesión y en 4 pacientes se requirió una segunda. Sólo en 3 pacientes se presentó dolor, que cedió con analgesia adicional. La evolución fue muy buena en el 77% de los casos, un 11,5% refería mejoría parcial y otro 11,5% manifestó encontrarse igual.

Conclusiones: La ligadura con bandas elásticas realizada con endoscopio flexible es una técnica segura, rápida y barata para el tratamiento de la rectorragia secundaria a hemorroides.

OPTIMIZACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LA PUNCIÓN ASPIRATIVA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE-PAAF): FACTORES PREDICTIVOS DE DIAGNÓSTICO CORRECTO E IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN "IN SITU" POR EL PATOLÓGO

M. Pellisé*, A. Ginès*, M. Solé**, D. Vera*, G. Fernández-Esparrach*, A. Castells*, A. Mata*, J. Llach*, JM. Borda* y JM. Piqué*

*Gastroenterología Hospital Clínic. Barcelona, **Anatomía Patológica Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La utilidad de la USE-PAAF para el diagnóstico de masas pancreáticas y adenopatías peridigestivas es conocida. Su rendimiento depende de la obtención de material citológico suficiente para el diagnóstico y de su correcta interpretación.

Objetivos: Evaluar los factores que permiten obtener un diagnóstico correcto por USE-PAAF y determinar la importancia de disponer de un patólogo en la sala de exploraciones.

Pacientes y métodos: Se evaluaron 213 pacientes remitidos a nuestro centro para USE-PAAF en los que se siguió el mismo protocolo de estudio. La exploración se practicó en todos los casos con un ecoendoscopio radial que permitió tipificar las lesiones. Posteriormente se procedió a la punción aspirativa con el ecoendoscopio lineal. El material obtenido se procesó y examinó "in situ" por el citopatólogo. Se recogieron los datos epidemiológicos, características ecoendoscópicas de la lesión, datos técnicos de la punción y resultado citológico y se comparó con el diagnóstico definitivo obtenido por cirugía o seguimiento clínico. Se calculó la rentabilidad de la USE-PAAF para cada número de pase y para cada tipo de lesión. Tras establecer un precio por pase y comparar el número de pases necesarios para obtener el mismo rendimiento con y sin patólogo, se realizó un estudio de coste-minimización de la disponibilidad del patólogo en la sala de exploración.

Resultados: Se estudiaron un total de 262 lesiones que se dividieron en masas pancreáticas (n = 115), adenopatías (n = 96), quistes (n = 40) y lesiones intraparietales (n = 11). Se realizaron una media de 2,1 pases (rango 1-6) obteniendo un total de 551 muestras. Se obtuvo un

diagnóstico correcto en 235 de las 262 lesiones (89%). De todos los factores determinados solo el tipo de lesión (intraparietal) se relacionó de forma independiente con un menor índice de aciertos. El rendimiento de la USE-PAAF en función del número de pases, aumentó de forma progresiva llegando a una meseta al 4º pase (rendimiento 87%), para la serie global. En cada tipo específico de lesión esta curva fue diferente de forma que las adenopatías y quistes lograron su estabilización a partir del 3º pase (rendimiento 86% y 90% respectivamente) y las masas pancreáticas y lesiones intramurales al 4º pase (rendimiento 89% y 45% respectivamente). La presencia de un patólogo en la sala de exploración resultó ser la estrategia más barata.

Conclusión: La localización intraparietal de la lesión es el único factor predictivo de diagnóstico incorrecto. La presencia de un patólogo en la sala de exploración aumenta el rendimiento de la USE-PAAF al reducir el número de pases necesarios para obtener un diagnóstico correcto y es por lo tanto una estrategia más barata.

PROGRAMACIÓN INFORMÁTICA DE LA AGENDA DE TRABAJO DE UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

A. Brotons García*, C. Dolz Abadía*, A. Vilella Martorell*, H. Andreu Serra*, J. Riera Oliver*, M. Cabrer González** y A. Contestí Coll**

*Aparato Digestivo Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca,

**S. Informática Hospital Son Llátzer. Palma de Mallorca.

Objetivos: Programar la actividad de la Unidad de Endoscopia Digestiva de forma electrónica.

Material: Los recursos técnicos necesarios de que disponemos para este fin son los siguientes: Red informática organizada dentro del Hospital, Programa de endoscopia digestiva (Endosase de Olympus), Historia Clínica electrónica (HP-HIS de Hewlett Packard), Programa de gestión de Peticiones (Medlink de Hewlett Packard).

Métodos: La metodología de trabajo para poder programar la actividad de la Unidad de Endoscopia se basa en un circuito que va desde la solicitud de la prueba hasta la resolución de la petición adjuntando el informe correspondiente, para lo que se establecen los siguientes puntos: 1) Establecer perfiles automatizados de las peticiones: Son formas predefinidas de solicitud automática de una petición de endoscopia digestiva, 2) Organizar las vistas de las peticiones: Son las formas predefinidas de ver de forma automática las peticiones realizadas a nuestra Unidad de endoscopia digestiva a través de diferentes ámbitos (hospitalizados, urgentes, ambulatorios) y de conocer el estado de las peticiones (emitidas, aceptadas, programada, rechazada o resuelta), 3) Programar la realización de las pruebas solicitadas: Se realiza según el ámbito y prioridad siendo las solicitudes ambulatorias programadas a través del Servicio de Admisión del Hospital y las hospitalizadas o Urgentes a través de nuestra propia Unidad de Endoscopia, 4) Emisión del Informe: Tras la realización de la prueba endoscópica se emite un informe como documento de texto y de imagen a la historia clínica electrónica del paciente y 5) Estudio histológico: Solicitud mediante perfil automatizado al Servicio de Anatomía Patológica y emisión del informe histológico a la Historia Clínica electrónica del paciente.

Conclusión: La informatización permite programar la actividad de Endoscopia Digestiva conociendo el estado de todas las peticiones realizadas a nuestra Unidad consiguiendo una mayor agilidad, seguridad, disminución de tiempos y eficacia en el proceso de organizar y realizar las exploraciones endoscópicas.

PRÓTESIS METÁLICAS FRENTES A PRÓTESIS PLÁSTICAS EN LA ICTERÍA OBSTRUCTIVA NEOPLÁSICA: META-ANÁLISIS

M. Pérez-Miranda^a, A. Dormann^b, N. Verin^c y A. Wenk-Lang^c

^aAparato Digestivo Hospital del Río Hortega. Valladolid, ^bUnidad de Endoscopias Hospital de Minden. Minden, Alemania, ^cDepartamento de Economía Sanitaria Boston Scientific. La Garenne Colombes, Francia.

Introducción: Las prótesis biliares constituyen la primera opción paliativa en la ictericia obstructiva neoplásica. La vía endoscópica de

inserción ha demostrado su superioridad frente a la percutánea, y las prótesis metálicas frente a las plásticas. Paradójicamente, en nuestro medio, los endoscopistas parecen seguir utilizando más las prótesis plásticas, mientras que los radiólogos intervencionistas optimizan el tratamiento mediante un uso preferente de prótesis metálicas.

Objetivo: Realizar un meta-análisis para comparar la eficacia de las prótesis metálicas frente a las plásticas en el tratamiento de la ictericia obstructiva neoplásica.

Material y métodos: Revisión sistemática de los trabajos publicados entre 1991 y 2002 incluidos en el Medline, excluyendo los estudios no controlados. La variable principal analizada fue la tasa de oclusión a lo largo del seguimiento. Se obtuvieron la tasa global de oclusión, la permeabilidad media de la prótesis, y el Riesgo Relativo (RR) de oclusión, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 6 estudios randomizados y uno retrospectivo, con una población total de 307 pacientes con prótesis plásticas y 331 con prótesis metálicas. El porcentaje de oclusión en cada población fue del 19,9% en el grupo de prótesis metálicas (permeabilidad media de 7,8 meses) y del 41,7% en el de prótesis plásticas (permeabilidad media de 4,1 meses). El riesgo de oclusión se reduce a la mitad con una prótesis metálica (RR = 0,49) y el número de pacientes que se necesita tratar (NNT) con una prótesis metálica para prevenir un episodio de oclusión es 5.

1er Autor / año	Metal n/N	Plástico		RR (95% IC)
		Oclusión n/N	Oclusión n/N	
Davids, 1992	16/49	33%	30/56	0,61 [0,38, 0,98]
Kaassis, 2003	11/59	19%	22/59	0,5 [0,27, 0,94]
Knyrim, 1993	6/31	19%	10/31	0,6 [0,25, 1,45]
Lammer, 1996	10/52	19%	13/49	0,72 [0,35, 1,5]
Prat F, 1998	6/34	18%	24/33	0,24 [0,11, 0,52]
Schmassmann, 1996	15/95	16%	26/70	0,43 [0,24, 0,74]
Wagner, 1993	2/11	18%	3/9	0,55 [0,11, 2,59]
TOTAL	66	19,9%	128	0,49 [0,38, 0,63]

Conclusiones: La inserción de prótesis metálicas ofrece un resultado paliativo superior al de las prótesis plásticas. Sería interesante disponer de datos sobre la praxis habitual en nuestro medio en cuanto al uso de prótesis biliares metálicas frente a las plásticas, medir la distancia entre el tratamiento que se practica y el óptimo, y analizar los factores que lo explican (que presumiblemente van más allá del mero costo).

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN COMPARACIÓN CON TÉCNICAS RADIOLOGICAS DE IMAGEN

B. González Suárez, E. Jauregui Juarez, S. Galter Copa, E. Pérez, D. Monfort, C. Aracil, C. Villanueva, A. Gallego y J. Balanzó

Patología digestiva Hospital Sant Pau. Barcelona.

Introducción: En estudios previos recientes se ha visto que la cápsula endoscópica tiene una capacidad diagnóstica superior al tránsito intestinal y al TAC abdominal en la detección de lesiones intestinales en pacientes con anemia ferropénica o hemorragia digestiva de origen oscuro.

Objetivo: Evaluar y comparar la eficacia de la cápsula endoscópica en pacientes con clínica de anemia o hemorragia oscura comparando con técnicas diagnósticas radiológicas.

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes visitados en nuestro servicio con clínica compatible y exploraciones endoscópicas previas (gastroscopia y colonoscopia negativas), a los que se les realizaron también tránsito intestinal, TAC abdominal o arteriografía mesentérica.

Resultados: 31 pacientes (15 varones y 16 mujeres, con una media de $64 \pm 15,1$ años de edad) fueron sometidos a cápsula endoscópica. Previamente a 9 pacientes se les realizó un TAC abdominal, tránsito intestinal en 21 pacientes y arteriografía mesentérica en 15 pacientes. La indicación fue anemia en 18 pacientes y hemorragia digestiva de origen oscuro en 13. En 3 de 4 pacientes con TAC abdominal

normal se evidenciaron lesiones en intestino delgado al realizar la cápsula endoscópica (2 ulceraciones yeyunales y 1 angiodisplasias). En 17/18 pacientes con tránsito intestinal sin lesiones se evidenciaron lesiones con cápsula (hemorragia activa ileal en 3 pacientes, 4 con ulceraciones intestinales, en 9 pacientes se diagnosticaron angiodisplasias múltiples y en uno de ellos un pólipos duodenal). En 10 de 12 pacientes con arteriografía mesentérica normal se evidenciaron lesiones con la cápsula endoscópica (3 pacientes con sangre roja, 3 con angiodisplasia intestinal y 4 con ulceraciones y erosiones múltiples). La cápsula endoscópica llegó al diagnóstico en 30 de los 31 pacientes estudiados, mientras que solamente en 11 de ellos se encontró patología con alguna de las otras técnicas radiológicas (96% vs. 35%).

Conclusiones: La cápsula endoscópica es más sensible que TAC abdominal, tránsito intestinal y arteriografía mesentérica en el diagnóstico de lesiones intestinales.

SEDACIÓN Y ANESTESIA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA HOSPITALARIA EN CATALUÑA

R. Campo, E. Brullet, F. Junquera, V. Puig-Diví, M. Vergara, A. Montserrat, X. Calvet y J. Real

Endoscopia Digestiva C. Parc Taulí. Sabadell.

La sedación se está convirtiendo en una necesidad creciente en endoscopia digestiva. No se conocen los hábitos de sedación en las unidades de endoscopia digestiva (UED) de Cataluña.

Objetivo: Evaluar la situación actual sobre el uso de sedación en las UED de Cataluña.

Métodos: Se remitió una encuesta anónima a los responsables médicos y de enfermería de las UED de 64 hospitales públicos y privados de Cataluña. Dicha encuesta incluía 62 preguntas sobre aspectos relacionados con las características del hospital y la UED, el nº de exploraciones, la frecuencia de uso de sedación, los fármacos utilizados, la participación del anestesiólogo, el uso de monitorización y las complicaciones.

Resultados: 44 UED (69%) de 31 hospitales públicos y 13 privados respondieron la encuesta. Los hábitos de sedación se evaluaron sobre un total de 105.904 exploraciones realizadas en el año 2001 en las diferentes UED (56.453 gastroscopias (GAS), 47.278 colonoscopias (COL) y 2.173 CPRE). Se utilizó sedación, sedación-analgésia o anestesia en el 17% de las GAS, el 61% de las COL y el 100% de las CPRE. El anestesiólogo participó en la sedación en el 7% de las GAS, 25% de las COL y 38% de las CPRE, y con mayor frecuencia en centros privados que en públicos (GAS: 25% vs 2%; COL: 57% vs 9%, $p < 0,001$). No se refirió ningún caso de muerte relacionada con el uso de sedación. Un 89% de las UED cumplían las recomendaciones estándar en sedación (Sociedad Americana Endoscopia Gastrointestinal, ASGE).

Conclusiones: En Cataluña, la sedación se emplea escasamente en GAS, es muy utilizada en COL y rutinaria en CPRE. En los hospitales privados el anestesiólogo interviene con mayor frecuencia. La mayoría de las UED siguen los estándares de sedación.

STENT PANCREÁTICO TRANSITORIO. EFICACIA Y PATRÓN DE USO EN UN HOSPITAL GRUPO 2

F. Igea, A. Del Moral, I. García, J. Barcenilla y R. E. Madrigal

A. Digestivo Hospital Rio Carrión. Palencia.

Introducción: La colocación transitoria de stents pancreáticos se ha revelado como un método eficaz para prevenir la pancreatitis post-CPRE. Los estudios publicados hasta el momento provienen de grandes centros y están centrados en poblaciones y técnicas de alto riesgo (manometrías del oddi, pacientes con disfunción del oddi, técnicas de precore...). No existen sin embargo publicaciones sobre su uso rutinario como técnica complementaria de prevención en la CPRE de forma sistemática cuando la canulación es difícil o existen otros factores de riesgo. Nuestro estudio trata de evaluar el beneficio de esta técnica en este escenario.

Objetivos: Determinar la frecuencia de uso de esta técnica en nuestra serie. Determinar así mismo la idoneidad de su utilización estudiando la presencia de factores de riesgo objetivos. Determinar el éxito en cuanto a frecuencia de canulación profunda y la incidencia de pancreatitis post-CPRE.

Material y métodos: Se revisaron los historiales clínicos de todos los pacientes a los que se sometió a stent transitorio (ST) entre Agosto del 2001 y junio del 2003. Se definió una canulación difícil como aquella que precisó más de 2 instrumentos para conseguirla. El sexo femenino, edad < 70 años, uso de precorte, bilirrubina normal (10 mg/dl) e historia de pancreatitis aguda previa (incluyendo la post CPRE) fueron considerados también factores de riesgo de acuerdo con la literatura. Se registró así mismo el éxito o no en cuanto a canulación profunda selectiva en el primer o segundo intento.

Resultados: 40 pacientes de un total de 408 CPRE fueron sometidos a ST (9,8%). 20 eran mujeres; 18 tenían niveles normales de bilirrubina; 10 pacientes habían presentado pancreatitis aguda en los 6 meses previos; 17 tenían menos de 70 años; 15 fueron sometidos a técnicas de precorte. 27 necesitaron 3 o más instrumentos para conseguir la canulación (10 pacientes 4 o más). La media de factores de riesgo por persona fue 2,6. En 36 (90%) se consiguió la canulación selectiva al primer intento. Otros 3 (7,5%) se consiguieron en un 2º intento. La otra paciente no fue sometida a un 2º intento (2,5%). 2 (5%) pacientes sufrieron una pancreatitis post CPRE, una leve (2 días de duración) en una mujer de 25 años con historia de pancreatitis aguda recidivante, bilirrubina normal y acinarización en la CPRE, otra paciente sufrió una pancreatitis moderada (4 días) se trataba de una mujer de 63 años con bilirrubina normal y repetidos intentos de canulación sin conseguirlo.

Conclusiones: La colocación temporal de stent en el wirsung es una técnica útil que puede utilizarse como ayuda a la canulación en casos difíciles disminuyendo la cifra de pancreatitis por debajo de lo esperado incluso en casos con factores de riesgo conocidos. Estos efectos beneficiosos son coherentes con los publicados hasta ahora. El uso de esta técnica puede mejorar la realización de la CPRE en centros como el nuestro.

ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) VS. TAC HELICOIDAL EN EL ESTADIAJE LOCORREGIONAL DEL CÁNCER DE PÁNCREAS: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO USANDO EL HALLAZGO HISTOLÓGICO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA COMO PATRÓN ORO

J. Lariño Noia, J. Iglesias García, A. Villanueva Rodríguez, J. Iglesias Canle y E. Domínguez Muñoz
Ap. Digestivo Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

La eficacia del TAC abdominal en el estudio de extensión locorregional y resecabilidad del cáncer de páncreas es claramente insuficiente. El desarrollo de la USE, que ha demostrado una alta resolución en el estudio de las enfermedades del páncreas, ha constituido un avance en este aspecto clave del manejo de la enfermedad. Sin embargo, son escasos los estudios prospectivos comparativos entre TAC y USE que empleen el estadiaje histológico como patrón oro. **Objetivo:** el objetivo del presente estudio es el de evaluar la eficacia diagnóstica de la USE en el estadiaje local (T) y de extensión linfática (N) del cáncer de páncreas, en comparación con el TAC abdominal helicoidal con contraste usando el estudio histológico de la pieza quirúrgica como patrón oro.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva 15 pacientes (edad media 62 años, rango 41-84, 11 hombres, 5 mujeres) con cáncer de páncreas considerado resecable mediante TAC helicoidal entre enero y septiembre de 2003. Además del TAC helicoidal, a todos los pacientes se les realizó USE preoperatoria. Todas las USE fueron realizadas por el mismo explorador con un equipo lineal Pentax FG-38UX, quién desconocía los resultados del TAC abdominal. El patrón oro utilizado fueron los hallazgos intraoperatorios y histológicos. Se evaluó el estadiaje T y N según la clasificación TNM (AJCC-1997). Análisis de datos mediante Chi-cuadrado.

Resultados: Tras estudio intraoperatorio e histológico, 10 pacientes (66,7%) fueron clasificados como estadio T4 y 5 (33,3%) como T3. Ningún paciente presentaba un estadio T2 ó T1. En cuanto al estadiaje N, 14 pacientes (93,3%) presentaron un estadio N1 y 1 paciente (7,7%) un estadio N0. El TAC abdominal sólo realizó un correcto estadiaje TN en 4 pacientes (26,7%), en comparación con 12 pacientes (80%) correctamente estudiados mediante USE ($p < 0,01$). El estadiaje T fue correctamente realizado mediante TAC en 53,3% de los pacientes, frente al 86,7% mediante USE ($p < 0,05$). Siete pacientes (46,7%) fueron infraestudiados en cuanto a la extensión local (T) mediante TAC abdominal (4 estadios T4 fueron clasificados mediante TAC como T3, 1 estadio T3 como T2, 1 estadio T4 como T1, en un caso el TAC no evidenció tumor). Otros 7 pacientes etiquetados mediante TAC como N0 fueron finalmente N1. Con la USE, sólo 3 pacientes se estudiaron erróneamente (un T4N1 como T3N1, y dos T3N1 como T3N0 y T2N0, respectivamente).

Conclusiones: La USE ofrece una eficacia significativamente superior a la TAC helicoidal en el estadiaje locorregional del cáncer de páncreas. La aplicación rutinaria de la USE en el estadiaje del cáncer de páncreas permitirá reducir la realización de cirugía en pacientes finalmente irresecables.

USO MÉDICO DE INTERNET ENTRE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA

O. Alarcón Fernández, A. Sánchez Del Río, J. S. Baudet

Arteaga y C. Dorta

Servicio de Digestivo Hospiten. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: En España el 27% de la población -más de 9 millones de personas- utiliza Internet de forma habitual. Sin embargo se carece de datos sobre el uso de la red como fuente de consulta médica entre los pacientes con enfermedades de aparato Digestivo en nuestro país

Objetivos: Analizar el uso de internet con fines médicos por parte de los pacientes de una consulta de gastroenterología de una ciudad media española. Valorar la fiabilidad que le ofrece a los pacientes la red como fuente de consulta médica. Determinar el interés por páginas de consulta relacionadas con la especialidad. Analizar la relación entre las características demográficas de los pacientes y el uso de internet.

Resultados: Se incluyeron 285 pacientes consecutivos que acudían por primera vez a la consulta 124 hombres y 161 mujeres con un rango de edades de 15 a 90 para una media de 43,1. El 75,4% tenían ordenador en su casa. Solamente el 30,5% no tenía acceso a internet. El 41,7% buscaba información médica en la red. El 18,2% había consultado información sobre su enfermedad en la red antes de acudir a la consulta médica. Los pacientes de mayor edad y menor nivel de estudios tenían menor acceso a la red. El 69% consideraba que internet es una buena fuente de consulta sobre temas de salud, el 73% estaba interesado en una página de digestivo y al 74,7% le gustaría poder consultar con su médico sobre temas de salud por correo electrónico.

Conclusiones: El nivel de interés por la red y el uso de internet con fines médicos entre los pacientes de una consulta de aparato digestivo es muy alto. Los pacientes valorarían de forma positiva la existencia de páginas web específicas dedicadas al aparato digestivo.

UTILIDAD DE LA ANGIOGRAFÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO FILIADA

A. Adet*, C. Abadía**, F. Feu*, E. Saperas**, A. Mata*, J.M. Piqué* y J.R. Malagelada**

*Gastroenterología. Institut Malalties Digestives Hospital Clínic Barcelona. Barcelona, **Aparell Digestiu Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

La colonoscopia está considerada como la exploración más eficaz en la evaluación de los pacientes con hemorragia digestiva baja aguda (HDB). Sin embargo, no está bien definido el proceso diag-

nóstico óptimo en aquellos pacientes que la colonoscopia no identifica el origen de la hemorragia.

Objetivos del estudio: 1) Evaluar la eficacia diagnóstica de la colonoscopia en la HDB y 2) Determinar la rentabilidad diagnóstica de la angiografía mesentérica selectiva en los pacientes con HDB no filiada.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 162 pacientes consecutivos ingresados por HDB durante un período de 50 meses. Se realizó colonoscopia y eventual gastroscopia como exploraciones diagnósticas iniciales. Utilizando criterios predefinidos, se categorizó el diagnóstico como de certeza, cuando se objetivaron signos de hemorragia reciente en una lesión, o de HDB no filiada, en ausencia de lesiones o de signos de hemorragia reciente.

Resultados: Se incluyeron 162 pacientes (50% hombres) con una edad de $69 \pm 1,6$ años ($75\% \geq 65$ años). La hemorragia fue grave con presencia de shock en 19%, 67% precisaron transfusión (media: $3,4 \pm 0,4$ UU) y 60% tenían comorbilidad. La colonoscopia identificó lesiones potencialmente sangrantes en 109/162 pacientes (38% diverticulosis), pero el diagnóstico de certeza pudo establecerse únicamente en 42/162 (26%) pacientes. Las principales causas de la HDB fueron: diverticulosis (7%), cáncer y pólipos (38%), colitis isquémica (12%) y angiodisplasia (14%). La angiografía, realizada en 69 de los 120 (58%) pacientes con HDB no filiada, estableció el diagnóstico definitivo en 48/69 (70%) pacientes. La angiodisplasia fue la causa de la hemorragia en 15 de 17 (88%) pacientes con recidiva o persistencia de la hemorragia durante el ingreso, mientras que en los 52 pacientes con hemorragia autolimitada la angiodisplasia se diagnosticó en 31 (60%) casos. La angiografía fue diagnóstica en otros 2 pacientes: un tumor de intestino delgado y un divertículo con hemorragia activa.

Conclusiones: Con frecuencia no se identifica la causa de la HDB aguda después de realizar la colonoscopia inicial. En esta situación, la angiodisplasia de colon es una causa frecuente de la hemorragia y la angiografía es un procedimiento diagnóstico de gran utilidad, particularmente en aquellos pacientes con recidiva o persistencia de la hemorragia.

UTILIDAD DE LA REVERSIÓN CON FLUMAZENILO TRAS SEDACIÓN CON MIDAZOLAM Y PETIDINA EN COLONOSCOPIA AMBULATORIA

J. S. Baudet Arteaga*, O. Alarcón Fernández**, A. Sánchez del Río**, P. Borque*, M. Moreno Sanfiel* y J. Avilés Ruiz*

*Digestivo H. U. Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, **Digestivo Hospiten. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El uso de sedación en endoscopia aumenta el tiempo de estancia de los pacientes en la Unidad de Endoscopia así como las complicaciones de la prueba. Para evitar estos problemas muchas Unidades utilizan reversión con flumazenilo tras sedación con midazolam y petidina.

Objetivo: Determinar la efectividad de reversión con flumazenilo tras sedación consciente con midazolam y petidina en colonoscopia ambulatoria y su coste.

Material y métodos: Se estudiaron prospectivamente 200 pacientes ambulatorios remitidos para colonoscopia y sedados con midazolam y petidina. Cien pacientes fueron revertidos con flumazenilo y 100 no. Se recogieron los datos demográficos, médicos, indicación para la endoscopia, dosis de fármacos utilizados y hallazgos y complicaciones de la endoscopia. Dos semanas después de la prueba se realizó una encuesta telefónica para determinar las molestias y complicaciones asociadas a la endoscopia y la sedación, y se valoró el grado de satisfacción del paciente. Se determinó la relación coste-efectividad del uso de reversión.

Resultados: No se encontraron diferencias entre los dos grupos ni en la edad ($52,9 \pm 15,5$ vs $52,7 \pm 18,3$; $p = ns$), ni en las indicaciones de la endoscopia, ni en los hallazgos de la prueba, ni en el porcentaje de colonoscopias completas (93% vs 95%; $p = ns$), ni en las dosis de fármacos utilizada. La estancia media en la Unidad tras la

exploración fue similar en ambos grupos ($19,2 \pm 11,7$ vs $15,3 \pm 10,1$ minutos; $p = ns$). Sin embargo, en el grupo de reversión había menor número de pacientes con estancias prolongadas -estancias de > 20 minutos- (11 vs 23; $p < 0,001$). El número de pacientes que referían molestias durante la exploración era mayor en el grupo de reversión (23 vs. 13; $p < 0,001$). No existían diferencias en el número de pacientes que referían molestias relacionadas con la colonoscopia en los días posteriores a la exploración (12 vs 15; $p = ns$). En ambos grupos el 90% de los pacientes refirieron que el efecto de la medicación persistió entre 1 y 2 horas. No se encontraron diferencias en el grado de satisfacción obtenida por los pacientes. La reversión aumentó el costo de la exploración y alcanzó su mayor costo-efectividad cuando se buscaba disminuir la estancia en la Unidad de Endoscopia a 25 minutos.

Conclusiones: 1) La reversión no disminuye la estancia media en la Unidad de Endoscopia, 2) La reversión disminuye el número de estancias prolongadas, 3) Los pacientes que reciben reversión experimentan mayores recuerdos desagradables de la exploración, 4) La reversión no influye en la satisfacción percibida por los pacientes y 5) La reversión aumenta significativamente el coste de la exploración.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico y trastornos funcionales

ALTA PREVALENCIA DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS EN LAS MUJERES QUE DENUNCIAN UNA SITUACIÓN DE MALTRATO

M. Perona*, R. Benasayag*, A. Perelló*, J. Santos**, N. Zárate*, P. Zárate*** y F. Mearin*

*Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Centro Médico Teknon. Barcelona, **Servicio de Aparato Digestivo Hospital Vall d'Hebron. Barcelona, ***Jefatura Superior de Policía de Cataluña Jefatura Superior de Policía de Cataluña. Barcelona.

Antecedentes: Mediante estudios retrospectivos se ha evidenciado una importante asociación entre los antecedentes de abuso sexual, físico o psicológico y el desarrollo de trastornos funcionales digestivos (TFD). Sin embargo, no existen estudios prospectivos que examinen esta relación en el momento en que se produce el maltrato.

Objetivo: Investigar la prevalencia de los principales TFD, dispepsia funcional y síndrome del intestino irritable, en 70 mujeres que denuncian una situación de maltrato físico y/o psicológico, y a su vez explorar el grado de malestar psicológico y su relación con la presencia de TFD.

Métodos: Durante una entrevista, entre la mujer denunciante y la asistente social, se recogió mediante un cuestionario estandarizado la información de la sintomatología digestiva, el grado de malestar psicológico y el tipo de maltrato. Los últimos datos fueron cotejados con la ficha policial. La definición de TFD se hizo de acuerdo a los criterios de Roma II.

Resultados: El 71% de las mujeres que participaron en el estudio padecían un TFD: el 67% una dispepsia funcional, el 47% un síndrome intestino irritable y el 43% ambas patologías. En 2/3 de los casos el TFD comenzó simultáneamente o poco tiempo después del inicio del maltrato. El 34% de estas mujeres consultaron al médico por los síntomas de TFD. Las mujeres denunciantes presentaron grados elevados de ansiedad y depresión, especialmente el primero. El grupo de mujeres con TFD no presentaba diferencias significativas con respecto a aquellas sin TFD en cuanto a la edad, el tipo o tiempo de maltrato o el grado de malestar psicológico.

Conclusión: La mayoría de las mujeres en situación de maltrato presentan dispepsia funcional y/o síndrome del intestino irritable,