



# Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



## XV Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 21-23 de marzo de 2012

### PÓSTERS CON MENSAJES RELEVANTES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

#### 123. RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA EN PACIENTES TRATADOS CON AINE, ASPIRINA, CLOPIDOGREL O ANTICOAGULANTES

C. Sostres Homedes<sup>a</sup>, L. Bujanda<sup>b</sup>, P. Carrera Lafuente<sup>c</sup>, M. Muñoz Villalengua<sup>d</sup>, J. Ponce<sup>e</sup>, A. Cosme<sup>f</sup>, M.A. Pérez-Aisa<sup>g</sup>, Y. Arguedas<sup>a</sup>, M. Castro<sup>h</sup>, X. Calvet<sup>i</sup>, P. Lacarta<sup>c</sup>, A. Lué<sup>a</sup>, S. Gallego<sup>j</sup>, C. Santander<sup>k</sup>, L.A. García Rodríguez<sup>l</sup> y A. Lanas<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>b</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital de Donostia, Guipúzcoa. <sup>c</sup>Hospital Clínico Lozano Blesa y CIBERehd, Zaragoza. <sup>d</sup>Hospital de Logroño. <sup>e</sup>Hospital La Fe, Valencia. <sup>f</sup>Hospital de Donostia, Guipúzcoa. <sup>g</sup>Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga. <sup>h</sup>Hospital de Valme, Sevilla. <sup>i</sup>Hospital Parc Taulí, Barcelona. <sup>j</sup>Hospital Miguel Servet, Zaragoza. <sup>k</sup>Hospital de la Princesa, IP y CIBEREHD, Madrid. <sup>l</sup>CEIFE, Madrid.

**Introducción:** El tratamiento con antiinflamatorios no esteroides (AINE) o con aspirina a dosis baja (AAS) se asocia a un aumento en el riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA). La evidencia actual sugiere que los AINEs y probablemente la AAS pueden producir daño gastrointestinal bajo. Actualmente no contamos con datos definitivos sobre la relación entre los antiplaquetarios (AP) o los anticoagulantes con el riesgo de hemorragia digestiva baja (HDB).

**Objetivo:** Cuantificar el riesgo relativo de HDA y HDB asociado a la toma de AINE, ASA, otros AP y anticoagulantes.

**Métodos:** Estudio caso-control con el apoyo de una red de hospitales del Servicio Nacional de Salud. Se recogieron de manera prospectiva datos clínicos y muestras de sangre entre 2009-2011. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes hospitalizados por HDA y HDB, confirmada por endoscopia y otros procedimientos. Los

controles (acompañantes, pacientes ambulatorios en extracciones) se ajustaron por edad, hospital y mes de ingreso. Los casos y controles fueron entrevistados por personal entrenado con una encuesta estructurada dirigida a la toma de AINE, AP y otros fármacos. La toma de fármacos se consideró reciente cuando se realizó hasta 7 días antes de la fecha índice. Los principales criterios de exclusión fueron hemorragia digestiva secundaria a varices, Mallory Weiss o esofagitis y la existencia de tumores en los últimos 5 años. Los riesgos relativos (RR) con IC95% se estimaron a través de regresión logística no condicionada.

**Resultados:** El estudio incluyó 755 casos y 755 controles. La edad media fue de  $66 \pm 15,5$  años en los casos y  $65,6 \pm 15,2$  en los controles. 58,5% fueron varones y el 54,3% fueron HDA. Las frecuencias de uso de fármacos y los RR de HDA y HDB están incluidos en la tabla.

**Conclusiones:** Los AINE, la aspirina a dosis baja y los anticoagulantes aumentan el riesgo de HDA y HDB. Sin embargo, la toma de IBP se asoció con descenso del riesgo de HDA pero aumento del de HDB.

#### 167. SÍNDROME DE RUMIACIÓN EN EL ADULTO

M. Moris<sup>a</sup>, C. Malagelada<sup>a</sup>, A. Accarino<sup>a</sup>, A. Rodríguez<sup>b</sup> y F. Azpiroz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>b</sup>Servicio de Psiquiatría, CIBERsant, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona.

**Introducción:** El síndrome de rumiación se caracteriza por la regurgitación recurrente y sin esfuerzo de alimentos ingeridos recientemente hacia la boca con la consiguiente expulsión o re-

Uso reciente	Control (n = 755)	HDB (n = 317)	RR*	HDA (n = 410)	RR*
AINEs	100 (13,2)	66 (20,8)	1,6 (1,1-2,4)	112 (27,3)	3,2 (2,3-4,5)
AAS	131 (17,4)	104 (32,8)	2,3 (1,6-3,2)	80 (19,5)	1,5 (1,1-2,2)
Clopidogrel	38 (5,0)	28 (8,8)	1,5 (0,8-2,5)	29 (7,1)	1,6 (0,9-2,8)
IBP	266 (35,2)	181 (57,1)	1,8 (1,3-2,5)	112 (27,3)	0,6 (0,5-0,9)
Sintrom	41 (5,4)	52 (16,4)	3,5 (2,2-5,6)	43 (10,5)	2,5 (1,5-4,1)

masticación y deglución. La fisiopatología de la rumiación es mal conocida.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas y fisiológicas de los pacientes con síndrome de rumiación en referencia a un grupo de pacientes con dispepsia funcional.

**Métodos:** Se estudiaron de forma prospectiva y durante dos años los pacientes ingresados en un centro de referencia con síntomas digestivos crónicos severos con sospecha de alteración motora gastrointestinal cuyo diagnóstico final fue síndrome de rumiación o dispepsia funcional. El diagnóstico se estableció por criterios clínicos (Roma III) tras descartar organicidad; en los pacientes con rumiación se confirmó el diagnóstico mediante manometría gastrointestinal, identificando las ondas características de rumiación en período postprandial en ausencia de otros criterios de alteración motora neuromuscular. Se midió el vaciamiento gástrico de sólidos mediante gammagrafía, la sensibilidad del estómago a la distensión mediante un barostato gástrico y se realizó una valoración psiquiátrica.

**Resultados:** Se diagnosticaron de rumiación 13 pacientes (10 mujeres, 3 hombres; 18-64 años) y 6 de dispepsia funcional (6 mujeres; 18-56 años), con un tiempo de evolución de los síntomas previo al diagnóstico entre 9 meses y 14 años. Los pacientes con rumiación presentaban clínica acompañante de dispepsia funcional [pesadez postprandial (4/13), saciedad precoz (4/13), epigastralgias (5/13)] y pérdida de peso superior a 5 Kg (7/13). El estudio del vaciamiento gástrico mostró una retención del  $18 \pm 2\%$  a las 4h en rumiación y del  $24 \pm 3\%$  en dispepsia funcional (NS). El barostato gástrico mostró en ambos grupos hipersensibilidad a la distensión en 5 de 6 pacientes con dispepsia funcional y en 8 de 9 con rumiación; en 3 de ellos la distensión gástrica (2) y la infusión de nutrientes (1) reprodujeron el fenómeno de rumiación. La valoración psiquiátrica detectó alteraciones en ambos grupos de pacientes: trastorno de la conducta alimentaria en 2 y trastorno de ansiedad en 3 pacientes con rumiación y trastorno de ansiedad en 3 y trastorno adaptativo en 2 pacientes con dispepsia funcional.

**Conclusiones:** El síndrome de rumiación puede ocurrir en pacientes con características funcionales de dispepsia funcional como respuesta a la molestia postprandial, sin relación aparente con patología psiquiátrica.

#### 142. FACTORES RELACIONADOS CON LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS EN DIFERENTES LOCALIZACIONES DEL INTESTINO GRUESO EN LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO

R. Jover<sup>a</sup>, E. Polanía<sup>a</sup>, M. Ponce<sup>b</sup>, A. Peris<sup>c</sup>, J. Cubiella<sup>d</sup>, L. Bujanda<sup>e</sup>, A. Lanas<sup>f</sup>, M. Pellisé<sup>g</sup>, A. Herreros<sup>h</sup>, A. Ono<sup>i</sup>, G. Cacho<sup>j</sup>, J.A. Hermo<sup>k</sup>, A. Seoane<sup>l</sup>, M. Chaparro<sup>m</sup>, J.C. Marín<sup>n</sup>, Y. González-Méndez<sup>o</sup>, S. Fernández-Díez<sup>o</sup>, E. Quintero<sup>o</sup> y A. Castells<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>b</sup>Hospital La Fe, Valencia. <sup>c</sup>Hospital Provincial de Castellón. <sup>d</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>e</sup>Hospital de Donostia, Guipúzcoa. <sup>f</sup>Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>g</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>h</sup>Hospital Puerta de Hierro, Madrid. <sup>i</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>j</sup>Hospital de Alcorcón, Madrid. <sup>k</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>l</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona. <sup>m</sup>Hospital de La Princesa e IP, Madrid. <sup>n</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>o</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. <sup>p</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** Algunos estudios cuestionan la eficacia de la colonoscopia en la prevención del cáncer de colon derecho. El objetivo de este estudio es conocer los factores relacionados con la detección de pólipos en diferentes localizaciones del colon.

**Métodos:** Un total de 3,288 individuos han sido evaluados en el brazo de colonoscopia del estudio COLONPREV, un ensayo clínico aleatorizado cuyo objetivo es comparar la eficacia del cribado con colonoscopia directa vs test de sangre oculta en heces. Los pólipos fueron considerados de colon derecho si estaban localizados en el ciego, colon ascendente o transverso. Se realizaron análisis univariante y multivariante con regresión logística con el fin de evaluar los factores relacionados con el hallazgo de pólipos o cáncer colorectal (CCR) y de lesiones en el colon derecho o izquierdo.

**Resultados:** Se encontraron pólipos o CCR en 1,564 pacientes (47,6%). Un total de 948 pacientes (60,6%) tenían pólipos o CCR en su colon derecho y 616 (39,4%) tenía pólipos o CCR únicamente en su colon izquierdo. En el análisis univariante, los factores que influyeron en la detección de pólipos o CCR en cualquier lugar del colon fueron: hospital, edad, sexo masculino, endoscopistas con tiempo de retirada en colonoscopia normal mayor de 6 minutos, intubación cecal, limpieza colónica con fosfato sódico y uso de sedación. En el análisis multivariante sólo el tiempo de retirada (OR 1,79; IC95% 1,44-2,30), el sexo (OR 0,42; IC95% 0,36-0,50), la intubación cecal (OR 0,52; IC95% 0,34-0,79) y el uso de sedación (OR 2,05; IC95% 1,27-3,31) estuvieron asociados de manera independiente con la detección de pólipos colónicos o CCR. Los factores que influyeron sobre la detección de lesiones en el colon derecho fueron: hospital, tiempo de retirada mayor de 6 minutos, edad, sexo masculino, intubación cecal, uso de sedación, uso de fosfato sódico, uso de propofol en la sedación y la sedación asistida por anestesiólogo. En el análisis multivariante los factores independientemente relacionados con la detección de lesiones en el colon derecho fueron: sexo masculino (OR 2,42; IC95% 1,94-3,01), tiempo de retirada (OR 0,69; IC95% 0,52-0,91), intubación cecal (OR 1,84; IC95% 1,04-3,26) y uso de sedación (OR 1,15; IC95% 1,05-1,26). Para pólipos del colon izquierdo sólo el hospital, tiempo de retirada y sexo masculino influyeron en su detección. En el análisis multivariante, los factores relacionados de manera independiente con la detección de pólipos en el colon izquierdo fueron únicamente el tiempo de retirada (OR 0,62; IC95% 0,49-0,77) y el sexo masculino (OR 1,22; IC95% 1,01-1,49).

**Conclusiones:** El tiempo de retirada es el factor modificable más importante en la detección de pólipos del colon. Los factores relacionados con la detección de pólipos en el colon derecho o izquierdo son diferentes y el uso de sedación mejora particularmente la detección de pólipos en el colon derecho.

#### 154. PANCREATITIS AUTOINMUNE SEGÚN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE HONOLULU. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 16 CASOS

H. de León Suero<sup>a</sup>, H. Allende Monclús<sup>b</sup>, J. Balsells Valls<sup>c</sup>, L. Guarner Aguilar<sup>a</sup> y X. Molero Richard<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servei d'Aparell Digestiu, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>b</sup>Servei d'Anatomia Patològica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>c</sup>Servei de Cirurgia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Introducción:** La pancreatitis autoinmune es una entidad de diagnóstico complejo que presenta un espectro variable de manifestaciones pancreáticas y extrapancreáticas. Además, se han definido dos subtipos (I y II) que condicionan patrones clínicos y terapéuticos diferenciados. El tratamiento farmacológico suele ser efectivo y puede evitar complicaciones. En 2010 se revisaron los criterios diagnósticos en base al examen histológico del páncreas.

**Objetivo:** Describir los hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos según los criterios de Honolulu de una serie de 16 pacientes con pancreatitis autoinmune atendidos en nuestro centro.

**Métodos:** Revisión de datos de pacientes con pancreatitis autoinmune. Registro de la presencia de infiltrado linfoplasmocitario periductal, fibrosis densa, flebitis obliterativa, células IgG4+ y le-

siones epiteliales granulocíticas. En TAC y/o RMN aumento difuso o focal del páncreas con realce tardío y estenosis largas o segmentarias del Wirsung. Alteraciones bioquímicas, radiológicas e histológicas características en otros órganos.

**Resultados:** La serie consta de 15 varones y 1 mujer entre 17 y 73 años de edad (media 46,6) de los que el 5 bebían > 50 g/d de alcohol y 10 fumaban. 11 pacientes fueron intervenidos por sospecha de neoplasia. 6 casos fueron clasificados como pancreatitis autoinmune tipo I y 10 como tipo II. La precisión diagnóstica histológica fue del 82%. La presentación (%) fue en forma de masa (62) y/o aumento difuso del páncreas (25), dolor abdominal (56), pérdida de peso (44), pancreatitis aguda (37), ictericia (31), hemorragia digestiva (25), fiebre (19), diabetes (12), diarrea (12), dermatitis atópica (12), con ANA > 1/160 (56), bioquímica hepática alterada sin dilatación de colédoco (37), leucocitosis (31), o IgG4 > 280 (31). Afectación histológica extrapancreática ocurrió en forma de coleistitis alitiásica (81), colangitis (50), duodenitis (31), colitis (25), gastritis (19), hepatitis (19) y nefritis (19). Cambios radiológicos frecuentes fueron aumento segmentario hipointenso del páncreas, estenosis arrosariada del Wirsung y estenosis coledocal. Se evidenció trombosis esplénica en 4 pacientes. El tratamiento farmacológico mejoró en todos los casos los niveles elevados de IgG4 ( $523 \pm 143$  a  $181 \pm 16$  mg/dl), las manifestaciones extrapancreáticas y, puntualmente, la reserva exocrina pancreática.

**Conclusiones:** En nuestro medio más del 62% de las pancreatitis autoinmunes diagnosticadas son de tipo II y la IgG4 es normal en el 70%. En la mayor parte de los casos se llega al diagnóstico tras pancreatectomía, lo que sugiere la existencia de un número indeterminado de pacientes no diagnosticados. La práctica de biopsias pancreáticas mejoraría el rendimiento diagnóstico y evitaría resecciones, ya que el tratamiento farmacológico es muy eficaz.

### 38. PREPARACIÓN CON CITRAFLEET® EN DOSIS FRACCIONADA PARA COLONOSCOPIAS EN TURNO DE MAÑANA REALIZADAS ENTRE 2 Y 6 HORAS TRAS LA INGESTA DE LÍQUIDOS: EFICACIA, ACEPTACIÓN Y SEGURIDAD COMPARADAS CON SU ADMINISTRACIÓN EL DÍA PREVIO

J. Molina Infante, E. Martín Noguerol, J.M. González Santiago, C. Martínez-Alcalá, G. Vinagre Rodríguez, M. Hernández Alonso, C. Dueñas Sadornil, B. Pérez Gallardo, J.M. Mateos Rodríguez y M. Fernández Bermejo

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

**Introducción:** La preparación de la colonoscopia en dosis fraccionadas mejora la calidad de la limpieza en las exploraciones matutinas, con 2 inconvenientes teóricos: administración de la 2ª dosis de madrugada y riesgo incrementado de aspiración.

**Objetivo:** Comparar Citrafleet® en dosis fraccionadas para la colonoscopia de mañana con la misma preparación el día previo.

**Métodos:** 129 pacientes ambulatorios consecutivos fueron autorizados a recibir preparación con Citrafleet® el día anterior (n = 64) o en dosis fraccionada (n = 65). La 2ª mitad se administró a las 5:45 permitiendo la ingesta de líquidos hasta las 7:00 para colonoscopias citadas de 9 a 10:30 h, retrasando una hora los tiempos para colonoscopias citadas de 11:00 a 13:30. La sedación fue realizada con propofol por endoscopistas y la limpieza se evaluó mediante la escala de Boston.

**Resultados:** Todas las colonoscopias con preparación fraccionada se realizaron entre las 2 y 6 horas posteriores a la ingesta de líquidos. La calidad de la limpieza fue mejor en este grupo de manera global (6,8 vs 5,3, p < 0,001), así como en ciego (2 vs 1,1, p < 0,001), colon ascendente (2,3 vs 1,6, p < 0,001) y colon transverso

(2,7 vs 2, p 0,004). De igual manera, en este grupo hubo un porcentaje significativamente superior de pacientes con preparación buena/excelente en todos los segmentos explorados (57% vs 17%, p < 0,01). Se observó un tiempo significativamente menor de sueño (6,5 (4-8,5) vs 7,9 (5-11) p < 0,001) en el grupo de dosis fraccionada, aunque únicamente 6 pacientes (9%) expresaron como queja principal la obligación de madrugar. No se registró ningún episodio de neumonía aspirativa.

**Conclusiones:** La preparación en dosis fraccionadas consigue una limpieza significativamente mejor en los tramos proximales del colon. Todas las colonoscopias en turno de mañana fueron realizadas sin complicaciones comenzando la administración de la segunda mitad de la preparación entre las 5:45 y las 6:45.

### 94. UN NUEVO TEST RÁPIDO CUANTITATIVO DE CALPROTECTINA FECAL (CF) PREDICE CURACIÓN MUCOSA (CM) EN LA COLITIS ULCEROSA (CU) Y LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

T. Lobatón Ortega, F. Rodríguez-Moranta, A. López García, E. Sánchez Pastor, L. Rodríguez Alonso y J. Guardiola Capón

Servicio de Gastroenterología, Hospital de Bellvitge, Barcelona.

**Introducción:** La CF presenta mejor correlación con la actividad endoscópica que el resto de biomarcadores como la PCR más frecuentemente empleados. Sin embargo, su uso se encuentra limitado por la falta de disponibilidad en muchos centros. Existe escasa evidencia sobre la capacidad de los tests rápidos cuantitativos de CF para predecir actividad endoscópica y CM.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad de la CF para discriminar entre los diferentes niveles de actividad endoscópica y establecer un punto de corte capaz de predecir CM. Demostrar la correlación entre las técnicas de ELISA y los tests rápidos cuantitativos.

**Métodos:** Se incluyeron 88 pacientes con CU y 46 con EC derivados a nuestro centro a realizarse una colonoscopia entre diciembre 2010 y julio 2011. La actividad clínica se evaluó mediante los índices de CDAI, Harvey Bradshaw (EC) y Mayo (CU). Los índices de actividad endoscópica empleados fueron: CDEIS y SES-CD (EC) y subíndice endoscópico de Mayo (CU). La CF se determinó mediante Bühlmann ELISA® y el test rápido cuantitativo Bühlmann Quantum Blue®.

**Resultados:** En la CU, el subíndice endoscópico Mayo se correlacionó mejor con la CF (correlación de Pearson r = 0,76; p < 0,001) que con la clínica (r = 0,71; p < 0,001), la PCR (r = 0,355; p < 0,001) o la VSG (r = 0,338; p < 0,004). La CF pudo discriminar entre los diferentes grados de actividad endoscópica. En el análisis multivariado, la CF y la clínica fueron variables predictivas independientes de actividad endoscópica. Sin embargo, la precisión para predecir CM definida por el área bajo la curva (ROC) fue mejor para la CF (0,94 con ELISA/0,93 con Quantum Blue) que para la clínica (0,87). Un punto de corte de 245 µg/g tuvo una sensibilidad del 95,8% y una especificidad de 78,4%. En la EC, obtuvimos muy buenas correlaciones entre los diferentes índices: CDEIS con SES CD (r = 0,968; p < 0,001) y CDAI con HB (r = 0,83; p < 0,001). La actividad endoscópica (CDEIS) se correlacionó mejor con la CF (r = 0,807; p < 0,001), que la PCR (r = 0,650, p < 0,001), la clínica (r = 0,442; p = 0,004) y la VSG (r = 0,397). Los niveles de CF (media ± DE) discriminaron entre actividad endoscópica (CDEIS ≥ 3, FC: 1.764,8 ± 972,2) y CM (CDEIS < 3, FC: 271,1 ± 351,53; p < 0,001). En el análisis multivariado, la CF fue la única variable predictiva independiente de actividad endoscópica. La precisión de la CF para predecir CM (ROC) fue de 0,92 con ELISA y 0,89 con los tests rápidos. Un punto de corte de 258,1 µg/g tuvo una sensibilidad de 90,9% y especificidad de 80%. La correlación entre ambos métodos de medición de CF fue excelente (índice de correlación interclase = 0,80; p < 0,001).

**Conclusiones:** La CF se correlaciona más estrechamente con la actividad endoscópica que el resto de marcadores. La precisión para predecir CM fue muy buena con las técnicas de ELISA y los tests rápidos. La buena correlación entre ambos métodos nos permite incorporar los test rápidos a la práctica clínica con el fin de tomar decisiones rápidas y basadas en datos objetivos de actividad inflamatoria.

## 95. DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Oltra Camps<sup>a</sup>, M. Seoane Farre<sup>b</sup>, L. Marín<sup>c</sup>, P. Hernández-Sampelayo<sup>d</sup>, A. Torrejón<sup>e</sup>, M.I. Vera<sup>f</sup>, V. García-Sánchez<sup>g</sup>, N. Alfaro Oliver<sup>h</sup>, P. Lázaro<sup>h</sup> y F. Casellas Jordá<sup>e</sup>  
<sup>a</sup>Hospital de Manises, Valencia. <sup>b</sup>Servicio de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, A Coruña. <sup>c</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>e</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBEREHD, Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid. <sup>g</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>h</sup>Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud.

**Introducción:** En el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la atención prestada por enfermería es muy relevante. Sin embargo, existe una gran variabilidad en la práctica clínica y se sabe poco sobre sus estándares de calidad.

**Objetivo:** Desarrollar estándares de calidad asistencial del manejo de la EII por enfermería, para elaborar un “Instrumento de Evaluación de la Calidad Asistencial de la EII por Enfermería” (IECEII).

**Métodos:** Tras una búsqueda bibliográfica del manejo de la EII por enfermería, se elaboró un cuestionario de 178 ítems potenciales indicadores de calidad asistencial. A partir de este cuestionario, se realizaron dos estudios Delphi a dos rondas: Delphi A dirigido a 27 profesionales sanitarios expertos en EII (12 enfermeras, 12 gastroenterólogos y 3 cirujanos) y Delphi B a 12 pacientes. Los ítems se evaluaron mediante dos tipos de escala: escala de 1 a 9 (1 nada importante, 9 muy importante) y continua (número de visitas al año). Con los ítems de ambos estudios Delphi, se elaboró una lista que contribuyó a desarrollar el IECEII. La lista de estándares de calidad, se utilizó como documento de trabajo por el Comité Científico (CC) para clasificar cada ítem en una de las tres categorías de calidad asistencial de la EII por enfermería: Excelente, Media y Básica. El primer paso para obtener una clasificación de la calidad asistencial de la EII por enfermería fue categorizar los ítems tomando como referencia las puntuaciones otorgadas por los panelistas, tanto de profesionales sanitarios como de pacientes. Para ello, también fue necesario ponderar la importancia de las opiniones de profesionales y pacientes. En un segundo paso, se procedió a la eliminación de ítems superfluos según la opinión del CC para hacer más operativo el instrumento. Se mantuvieron aquellos ítems que hacían referencia específicamente al manejo de la EII por enfermería, así como los más tangibles. Con el documento resultante, se procedió a definir el IECEII para la evaluación de la calidad asistencial de la EII ofrecida por enfermería.

**Resultados:** El IECEII se compone de 90 ítems, subdivididos en 13 apartados que miden aspectos del manejo de la EII por enfermería como: infraestructura, servicios, recursos humanos, tipo de organización, competencias asumidas por enfermería, información de enfermería al paciente, formación de enfermería, revisiones anuales de la actividad de enfermería e investigación de

enfermería de EII. La evaluación estos aspectos mediante el IECEII permite clasificar la calidad asistencial en EII por enfermería en 4 categorías de la A a la D. Siendo A el nivel de calidad superior y D el inferior.

**Conclusiones:** El IECEII puede contribuir a aumentar la calidad asistencial de enfermería en EII y reducir su variabilidad, puesto que la evaluación periódica del manejo de la EII por enfermería puede ayudar a detectar sus deficiencias mejorables.

## 143. CRIBADO DEL SÍNDROME DE LYNCH EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL (CCR): UN ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE DATOS AGRUPADOS

L. Moreira<sup>a</sup>, N. Lindor<sup>b</sup>, F. Balaguer<sup>a</sup>, V. Moreno<sup>c</sup>, M. Andreu<sup>d</sup> y A. Castells<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>b</sup>Colon Cancer Family Registry. <sup>c</sup>Institut Català d’Oncologia (ICO), Barcelona. <sup>d</sup>Hospital del Mar, Barcelona.

**Introducción:** El síndrome de Lynch es un trastorno autosómico dominante causado por mutaciones germinales en los genes reparadores del ADN (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2). A pesar de los grandes avances en la caracterización de esta entidad, una de las preguntas más importantes que quedan por resolver es cómo identificar a los portadores de una mutación ya que, a menos que exista una fuerte sospecha, la mayoría de casos no son detectados, lo que conlleva a la imposibilidad de realizar medidas preventivas y, en consecuencia, una mayor mortalidad. Para ello, se han propuesto dos enfoques: un estudio universal mediante análisis de inestabilidad de microsatélites (IMS) y/o inmunohistoquímica (IHQ) en todo paciente con CCR, o una estrategia más selectiva seleccionando los pacientes que deben someterse a dichas pruebas en base a criterios clínicos, ya sean los revisados de Bethesda (RB) o, más recientemente, las recomendaciones de Jerusalén. Sin embargo, ninguna de estas estrategias está fundamentada en la evidencia científica debido a la falta de estudios que las avalen.

**Objetivo:** Establecer una estrategia eficaz y eficiente para la identificación de portadores de una mutación en los genes reparadores del ADN en pacientes diagnosticados de CCR. **Pacientes y métodos:** Se realizó un análisis de datos combinados a partir de estudios publicados de base poblacional, así como de series de características similares del Colon Cancer Family Registry. Las variables analizadas fueron: personales (edad, sexo, tumores sincrónicos o metacrónicos asociados a Lynch), tumorales (histología, localización) y de familiares de primer grado (edad, tipo de tumor), así como los resultados moleculares (IMS, IHQ) y del estudio mutacional en línea germinal. Se realizó un análisis univariante y multivariante incluyendo diferentes modelos de regresión logística ajustados por edad, sexo y centro de origen, con el fin de establecer la estrategia más sensible para la identificación de los portadores de mutación. Se comparó la eficacia de las estrategias seleccionadas con la de los criterios aceptados actualmente mediante curvas ROC.

**Resultados:** Se incluyeron 2.644 pacientes no emparentados y con información inequívoca sobre el estado mutacional. La media de edad fue 58,4 años (79,3% hombres) y el 20,9% tenían antecedentes familiares de CCR. En 296 (11,2%) pacientes se encontró una mutación germinal. Tras evaluar diferentes modelos, las estrategias más sensibles para identificar a los portadores de mutación fueron efectuar el estudio molecular en aquellos pacientes que cumplían los criterios RB (87,6%), tenían una edad al diagnóstico < 70 años (94,1%), y la combinación de ambos (97,3%).

**Conclusiones:** La estrategia más eficaz para la identificación de portadores de una mutación en los genes reparadores del ADN es el análisis de IMS y/o IHQ en pacientes con CCR menores de 70 años o en mayores de esta edad si cumplen algún criterio RB.

### 155. BISAP FRENTES A APACHE II PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PANCREATITIS AGUDA: RESULTADOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES Y METAANÁLISIS

E. de Madaria<sup>a</sup>, G. Soler-Sala<sup>a</sup>, J. Sánchez-Payá<sup>b</sup>, B.B. Wu<sup>c</sup>, I. López-Font<sup>a</sup>, V.K. Singh<sup>d</sup>, C. Sánchez-Fortún<sup>a</sup>, N. Moya-Hoyo<sup>a</sup>, L. Sempere-Robles<sup>a</sup>, J. Martínez<sup>e</sup>, F. Lluís<sup>a</sup>, P.A. Banks<sup>e</sup> y M. Pérez-Mateo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Patología Pancreática, Hospital General Universitario de Alicante. <sup>b</sup>Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante. <sup>c</sup>Pancreatic Disease Center, Division of Gastroenterology, Kaiser Permanente Los Angeles, CA, EE.UU. <sup>d</sup>Pancreatitis Center, Division of Gastroenterology, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, EE.UU. <sup>e</sup>Center for Pancreatic Disease, Division of Gastroenterology, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE.UU.

**Introducción:** El índice de APACHE II, el más estudiado y validado para la predicción de mortalidad en pancreatitis aguda (PA) es de cálculo complejo por lo que su uso está restringido en la práctica clínica. El índice BISAP, basado en 5 variables dicotómicas de fácil cálculo, podría ser tan útil en las primeras 24 h de ingreso como APACHE II. Nuestro objetivo fue comparar la capacidad de BISAP y APACHE II para predecir mortalidad en una cohorte de pacientes y realizar un metaanálisis de todos los estudios prospectivos publicados.

**Métodos:** Calculamos APACHE II y BISAP usando datos clínicos y demográficos recabados en urgencias en una cohorte prospectiva de pacientes con PA. La capacidad predictiva de los índices fue evaluada por un análisis ROC. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo (respectivamente S, E, VPP y VPN) para los puntos de corte BISAP  $\geq 2$ , BISAP  $\geq 3$  y APACHE II  $\geq 8$ . Se calculó la OR conjunta (pooled OR) para mortalidad de APACHE II  $\geq 8$  y BISAP  $\geq 3$ , puntos de corte más ampliamente aceptados, mediante un meta-análisis de los estudios prospectivos publicados junto a nuestra cohorte.

**Resultados:** La cohorte de pacientes analizada comprendió 417 episodios de PA. Doce pacientes fallecieron (2,9%). El área bajo la curva del análisis ROC (intervalo de confianza del 95%) para mortalidad fue de 0,828 (0,719-0,937) para BISAP y 0,776 (0,645-0,907) para APACHE II. La S, E, VPP y VPN para mortalidad fueron respec-

tivamente para BISAP  $\geq 2$ : 83, 70, 8 y 99%, BISAP  $\geq 3$ : 42, 92, 14 y 98% y APACHE II  $\geq 8$ : 83, 59, 6 y 99%. El metaanálisis comprendió 3 cohortes de pacientes con un total de 999 episodios de PA. La OR conjunta para mortalidad fue de 11,7 (5,5-24,6) para BISAP  $\geq 3$  (los 3 estudios) y 9,2 (2,7-31,2) para APACHE II  $\geq 8$  (2 estudios, en el tercero la OR era incalculable).

**Conclusiones:** BISAP es un predictor de mortalidad en pancreatitis aguda comparable o mejor que APACHE II, siendo su cálculo mucho más sencillo.

### 124. PAPEL DE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI* (HP) COMO CAUSA DE ANEMIA FERROPÉNICA CRÓNICA DE ORIGEN INCIERTO

H. Monzón, M. Forné, M. Esteve, M. Rosinach, C. Loras, J. Espinós, J.M. Viver y F. Fernández-Bañares

Servicio de Aparato Digestivo, CIBERehd, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

**Introducción:** Se ha sugerido que la infección por Hp puede ser causa de anemia ferropénica. La evidencia científica proviene de estudios con poco número de pacientes o realizados en países no desarrollados. No se ha valorado el papel de la presencia de la enteropatía linfocítica causada por Hp en la aparición de la anemia.

**Objetivo:** Estudiar el papel de la infección por Hp en la anemia ferropénica crónica de origen incierto (AFI) en pacientes con mucosa intestinal normal o con enteropatía linfocítica.

**Métodos:** Se estudian de manera consecutiva y prospectiva todos los pacientes derivados al Servicio de Digestivo en el período 2007-2010 con AFI. Criterios de inclusión: 1. AF crónica; 2. presencia de infección por Hp; 3. exploraciones digestivas normales; 4. sangre oculta en heces negativa; 5. no otras causas de AF (menstruación y exploración ginecológica normales, etc.). Criterios de exclusión: 1. ingesta de AINE, Sintrom o AAS; 2. hacer una dieta carencial; 3. presencia de enfermedades crónicas asociadas; 4 estudio serológico de celiaquía positivo (en cambio, se incluyen pacientes con celiaquía e infección por Hp sin mejoría de la AF con dieta sin gluten). Se realiza en todos biopsias de antro y de duodeno distal, y estudio genético de enfermedad celíaca (DQ2 y DQ8). Se valora la respuesta clínica e histológica a la erradicación del Hp y se realiza un seguimiento de 2 años. Se considera que el Hp es la causa de la AF cuando se observa la desaparición de la misma sin necesidad de hierro oral y en los casos con enteropatía cuando además hay resolución histológica.

**Resultados:** Se incluyen 136 pacientes de los cuales se excluyen 47 durante el seguimiento por evidenciarse criterios de exclusión (ingesta de AINE, 7; otros 15) o por pérdida de seguimiento en 25 pacientes. Quedan 89 pacientes (10 hombres y 79 mujeres; edad,  $45 \pm 11,8$  años). Se consigue erradicar HP en 88 (1 caso con fallo de 4 pautas). Se considera que el Hp es la causa de la AFI en 34 pacientes (38,2%; 27 mujeres y 7 hombres) (22 de los 52 con enteropatía-42,3% y 12 de los 37 sin enteropatía-32,4%; p = ns). Hp es causa de AFI en el 72% de hombres/mujeres menopáusicas y en el 25,4% de mujeres post-menopáusicas ( $p < 0,001$ ; OR: 7,6, IC95%: 2,7 a 21,4).

**Conclusiones:** La AFI es más frecuente en mujeres que en hombres (8:1) sugiriendo que las pérdidas menstruales consideradas fisiológicas juegan un papel importante. La infección por Hp es causa de AFI en nuestro medio, sobretodo en hombres y mujeres menopáusicas con un riesgo 8 veces superior que las mujeres pre-menopáusicas. La presencia de enteropatía asociada a la infección por Hp no aumenta el riesgo de AFI.

