



XVII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 26-28 de marzo de 2014

PÓSTERS CON MENSAJES RELEVANTES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Endoscopia

1. PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA ADAPTADA A PACIENTES DIABÉTICOS

S. Bacchiddu^a, L. Carot Bastard^a, L. Márquez Pérez^a, A. García Rodríguez^a, I. Ibáñez Zafón^a, A. Seoane Urgorri^a, M. Clea Renard^b, J. Flores Lerroux^b, V. Lorenzo-Zúñiga García^c, A. Fernández Clotet^a, J.M. Dedeu Cuscó^a, L. Barranco Priego^a, F. Bory Ros^a y M.A. Álvarez González^a

Hospital del Mar: ^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Endocrinología y nutrición, Barcelona. ^cHospital Universitario Germans Trias i Pujol, Servicio de Aparato Digestivo, Badalona.

Introducción: Estudios previos demuestran que los pacientes diabéticos responden peor a las preparaciones habituales. Un protocolo específico de preparación para pacientes diabéticos puede mejorar la limpieza y aceptabilidad.

Objetivo: Evaluar la eficacia, aceptabilidad y episodios de hipoglicemia entre un protocolo de preparación de colon convencional (DMc) y uno adaptado (DMA) en pacientes diabéticos con medicación hipoglicemiante.

Métodos: El protocolo adaptado consistió en una visita de enfermería explicando una dieta que incorporaba carbohidratos sólidos el día previo en sustitución de dieta líquida y un ajuste estandarizado de los fármacos hipoglicemiantes. Se aleatorizaron 1:1 pacientes diabéticos en régimen ambulatorio con colonoscopia programada por síntomas, para recibir DMc o DMA. Se incluyó un grupo de pacientes no diabéticos (ND) como control. Todos los pacientes recibieron 4 litros de polietilenglicol como laxante. El endoscopista valoró la limpieza de forma ciega mediante la clasificación de Boston. Se recogieron las variables demográficas y clínicas relacionadas con la limpieza, la aceptabilidad y los episodios de hipoglicemia.

Resultados: Se incluyeron 37 DMA, 36 DMc y 40 ND. Los pacientes DMc y DMA fueron similares en las todas las variables analizadas excepto la preparación recibida. La limpieza fue significativamente peor entre los diabéticos y los no diabéticos ($p = 0,001$). El grupo DMA mejoró la limpieza respecto al DMc ($p = 0,02$), a expensas del colon derecho y transversal sin diferencias en el colon izquierdo. Otras variables relacionadas con una peor limpieza fueron la edad

superior a 65 años ($p < 0,001$), la nacionalidad extranjera ($p = 0,03$) y la diabetes complicada ($p = 0,03$). En el grupo DMc un 19% de colonoscopias fueron no valorables (Boston ≤ 3) frente al 3% del grupo DMA ($p = 0,02$). Sólo se observó un episodio de hipoglicemia en cada grupo. No hubo diferencias en la aceptabilidad.

Conclusiones: El protocolo adaptado a pacientes diabéticos mejora la limpieza del colon y disminuye las colonoscopias no valorables. La dieta líquida no es necesaria para una correcta preparación. La aceptabilidad es similar entre ambos protocolos.

4. RENTABILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS CON ANEMIA FERROPÉNICA

C. Garrido Durán, E. Iyo Miyashiro, C. Páez Cumpa, S. Khorrami Minaei, A. Erimeiku Barahona y A. Llopart Rigo

Hospital Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Mallorca.

Introducción: Las guías clínicas establecen el estudio con cápsula endoscópica de intestino delgado (CE) en pacientes con anemia ferropénica (AF), pero se precisan estudios que demuestren su rentabilidad diagnóstica (RD), impacto clínico y coste en algunos subgrupos de pacientes.

Objetivo: 1. Determinar la RD de la CE en mujeres premenopáusicas con AF comparada con varones y mujeres posmenopáusicas con AF. 2. Identificar la presencia de factores predictivos de patología en mujeres premenopáusicas. 3. Realizar una aproximación del gasto en esta indicación en relación al impacto clínico generado.

Métodos: Estudio retrospectivo de 408 pacientes a los que se ha realizado una exploración con CE (PillCam SB2, Given Imaging) por diferentes indicaciones. Definición de AF: Hb < 12 g/dl en mujeres y < 13 g/dl en varones con ferritina < 20 ng/ml. Criterios de inclusión: Pacientes con AF (mujeres en edad fértil, posmenopáusicas o varones) con gastroscopia y colonoscopia completa previas sin causa de AF. El precio de una exploración con CE se estableció en 877 € según baremo de la Consejería de Salud en nuestra comunidad.

Resultados: 249 pacientes cumplieron criterios de inclusión, 131 mujeres (52,6%), 51 premenopáusicas y 80 post y 118 hombres, mediana de edad de $60,7 \pm 16$ años. La rentabilidad global de la exploración para el diagnóstico de AF fue de 44,6% (IC95% 39,9-50,8). La RD en varones vs mujeres fue 50,8% vs 38,9% ($p 0,05$) y en mujeres

posmenopáusicas vs premenopáusicas de 55% vs 13,7% ($p < 0,001$). El análisis de factores predictivos de patología en premenopáusicas vs posmenopáusicas (edad, antiagregantes, anticoagulantes o AINES, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, necesidad transfusional, cifra de Hb) no detectó ninguno. La lesión más frecuente en mujeres posmenopáusicas fueron angiodisplasias (70,5%) y en premenopáusicas lesiones erosivas (57,1%). El gasto aproximado de exploraciones en mujeres premenopáusicas supuso una inversión de 44.727 €. El 86,3% de éstas no tuvo impacto clínico por lo que la inversión de 38.588 € no repercutió en el manejo posterior.

Conclusiones: 1. La rentabilidad diagnóstica de la CE en el estudio etiológico de AF en mujeres en edad fértil es baja. 2. No identificamos factores predictivos de patología en este subgrupo de pacientes. 3. La exploración, en este subgrupo, es poco costo-efectiva en relación al impacto clínico generado.

Enfermedad inflamatoria intestinal

27. METAANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL QUE HAN RECIBIDO PREVIAMENTE OTRO ANTI-TNF

J.P. Gisbert, A.C. Marín, A.G. McNicholl y M. Chaparro

Hospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, CIBERehd, Madrid.

Introducción: Aproximadamente un tercio de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que reciben un anti-TNF no responden inicialmente al tratamiento (fracaso primario), y una proporción relevante experimenta pérdida de eficacia (fracaso secundario) o intolerancia al tratamiento. La eficacia de un segundo anti-TNF en estos casos no ha sido bien evaluada.

Objetivo: Investigar la eficacia de un segundo tratamiento anti-TNF tras la suspensión de un primero (por ineficacia o intolerancia).

Métodos: Selección de estudios: se metaanalizaron, mediante varianza inversa, estudios que evaluaran la respuesta o remisión de un segundo anti-TNF tras la suspensión de un primero, en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU). Criterios de inclusión: estudios que evaluaran la respuesta o la remisión con infliximab (IFX), adalimumab (ADA) o certolizumab (CTO) como segundo anti-TNF. Estrategia de búsqueda: búsqueda bibliográfica en PubMed hasta agosto de 2013. Síntesis de resultados: porcentaje de respuesta y/o remisión. Subanálisis: por tipo de EII, fármaco anti-TNF, motivo de suspensión del primer anti-TNF, dosis de inducción/mantenimiento del segundo anti-TNF y momento (tiempo) en el que se evalúa la respuesta al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 41 estudios (35 en EC y 6 en CU; 30 con cambio IFX- > ADA, cuatro IFX- > CTO y uno ADA- > IFX). Globalmente, el porcentaje de remisión con el segundo anti-TNF en EC fue del 43% (IC95% = 38-48%; I² = 75%; 27 estudios; 2.345 pacientes) y la respuesta del 65% (IC95% = 57-73%; I² = 92%; 26 estudios; 1.922 pac.). El porcentaje de remisión fue mayor cuando el motivo de abandono del primer anti-TNF fue la intolerancia (61%; IC95% = 40-82%; I² = 89%; 225 pac.) que cuando fue por fracaso secundario (45%; IC95% = 34-57%; I² = 79%; 11 estudios; 367 pac.) o primario (30%; IC95% = 22-37%; I² = 8%; 9 estudios; 175 pac.). Los porcentajes de respuesta fueron, respectivamente, 72%, 66% y 60%. La remisión con IFX- > ADA no mostró diferencias con los resultados globales; no se pudo subanalizar la remisión con IFX- > CTO por falta de datos. Sólo se pudo subanalizar la influencia de la dosis

de inducción con ADA en el fracaso secundario, mostrando mayor remisión y respuesta la dosis de 180/60 (51% y 81%) que la de 80/40 (44% y 66%). Globalmente, la remisión en la CU fue del 17% (IC95% = 2-32%; I² = 85%; 4 estudios; 151 pac.) y la respuesta del 47% (IC95% = 34-59%; I² = 64%; 6 estudios; 203 pac.).

Conclusiones: La eficacia del cambio de anti-TNF es mayor en la EC que en la CU. En la EC, el segundo tratamiento es más eficaz cuando el primero se interrumpe por intolerancia (remisión del 61%) que por fracaso secundario (45%), y a su vez es más eficaz que tras el fracaso primario (30%). Aunque los resultados son heterogéneos y deben interpretarse con precaución, todos los análisis muestran consistentemente que la eficacia del cambio de anti-TNF depende de la causa que lo motiva.

30. DISCREPANCIA ENTRE LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO EFECT

D. Ginard^a, S. Khorrami^a, L. Pérez Carazo^a, E. Tavío^b, A. López San Román^b, M. García-Alvaredo^c, F. Muñoz^c, L. Ibáñez^d, I. Marín-Jiménez^d, J. Guevara^e y F. Casellas^e

^aHospital Universitario Son Espases, Servicio de Aparato Digestivo, Palma de Mallorca. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^cComplejo Hospitalario de León, Servicio de Aparato Digestivo, León. ^dHospital Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^eHospital Universitari Vall d'Hebron, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona.

Introducción: Los estudios aleatorizados y controlados (ECA) constituyen la mejor evidencia científica sobre la eficacia de los fármacos biológicos frente al placebo en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En cambio, los estudios observacionales proporcionan la efectividad de dichos fármacos en la práctica clínica (PC), en donde se realizan modificaciones y se añaden tratamientos adyuvantes para optimizar el manejo de los pacientes.

Objetivo: Comparar la eficacia teórica de los fármacos biológicos (en condiciones de ECA) con su efectividad (en condición de PC) en pacientes con EII e identificar los factores que influyen en esta diferencia.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, aleatorizado y multicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) tratados con fármacos biológicos en 5 hospitales terciarios españoles y con seguimiento posterior de al menos 1 año. Los criterios de inclusión y exclusión para ECA se extrajeron de los principales estudios pivotaes de los fármacos biológicos en la EII. Se determinó la eficacia de la terapia biológica en la PC así como en la hipotética situación en la que el paciente hubiera sido incluido en un ECA, mediante las definiciones habituales de remisión, respuesta y fracaso.

Resultados: De los 378 pacientes con EII se incluyeron a los 171 que cumplían criterios de inclusión para un EC (130 pacientes con EC y 41 con CU). El beneficio clínico al año fue superior en condiciones de PC que en la situación de ECA (68,4% vs 44,4%, $p < 0,001$). El 35% de los pacientes con beneficio clínico en la PC se hubieran considerado un fracaso terapéutico si hubieran sido incluidos en un ECA. En la EC se observaron unos porcentajes de remisión y de respuesta clínica al año del 50,8% y 19,2% en la PCR, frente a 42,3% y 6,9% en condición de ECA ($p < 0,001$). En la CU, un 51,2% de los pacientes alcanzaron la remisión clínica al año de seguimiento en la PC frente a 29,3% según condiciones de ECA ($p < 0,001$). Las principales causas de discrepancia entre la PC y el ECA fueron la intensificación (75,6%), haber realizado un nuevo ciclo corticoides (12,2%) y el retraso en la administración del tratamiento fuera de la ventana terapéutica (4,9%).

Conclusiones: La efectividad de los fármacos biológicos en la práctica clínica es superior a su eficacia.

Esófago-Estómago-Duodeno

96. METAANÁLISIS DE LA TERAPIA SECUENCIAL FRENTE A LA TRIPLE TERAPIA CLÁSICA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: RESULTADOS FINALES DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA COCHRANE

O.P. Nyssen^a, A.G. McNicholl^{b,c}, F. Mégraud^d, V. Savarino^e, G. Oderda^f, C. Fallone^g, L. Fischbach^h, F. Bazzoliⁱ y J.P. Gisbert^{a,b}

^aHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid.

^bCIBERehd. ^cHospital de la Princesa, Servicio de Análisis Clínicos, IP, Madrid. ^dHôpital Pellegrin, Bordeaux, Francia. ^eUniversità di Genova, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Italia. ^fUniversità del Piemonte Orientale, Paediatric Endoscopy Units, Novara, Italia. ^gMcGill University Health Centre, Medicine, Montreal, Canadá. ^hUniversity of North Texas Health Science Center, Department of Epidemiology, Fort Worth, Texas, EEUU.

ⁱUniversità degli Studi di Bologna, Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Bologna, Italia.

Introducción: La terapia secuencial (SEC) se ha sugerido como primera línea de tratamiento en sustitución de la triple terapia clásica (TT), cuya tasa de erradicación ha disminuido hasta alcanzar valores inaceptables.

Objetivo: Realizar un metaanálisis de los estudios que comparan SEC frente a TT para la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Selección de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados que compararan SEC (10 días) y TT (al menos 7 días) para la erradicación de *H. pylori*. Estrategia de búsqueda: Electrónica y manual hasta noviembre de 2013. Síntesis de los datos: Diferencias en la tasa de erradicación “por intención de tratar” entre SEC y TT. Diferencia de riesgos por análisis de subgrupos y metaregresión para examinar las posibles fuentes de heterogeneidad entre los estudios.

Resultados: Se han incluido finalmente 33 ensayos clínicos aleatorizados, con un total de 9.750 pacientes tratados (4.542 con SEC y 5.208 con TT). El análisis en su conjunto mostró que SEC era significativamente más efectiva (84% vs 74% en el análisis “por intención de tratar”; OR = 2,07; IC95% = 1,64-2,61; $p < 0,001$). Los resultados fueron muy heterogéneos ($I^2 = 77\%$), y 11 estudios no mostraron diferencias significativas entre ambas terapias. Subanálisis: en los pacientes con infección resistente a claritromicina o que reciben esomeprazol o rabeprazol se obtuvo un mayor beneficio con SEC. No se demostraron diferencias al comparar SEC frente a TT de 14 días. Aunque, globalmente, la tasa media de erradicación superó el 80%, se comprobó una tendencia a una menor eficacia con SEC en los estudios más recientes (regresión ponderada -2% anual con SEC frente a -0,5% anual con TT), y en los estudios realizados fuera de Italia (OR = 1,57 vs 4,09). Metaregresión: la duración del tratamiento, los estudios italianos, los pacientes con úlcera péptica y aquellos con resistencia bacteriana a claritromicina explicaron el 70% de la variabilidad entre los estudios. La tasa de erradicación con SEC fue un 18% mayor que con TT en presencia de resistencia bacteriana a claritromicina. Igualmente, SEC fue más eficaz que TT en un 10%, 9% y 9% con pautas triples de 7 días de duración, en los estudios italianos y en las poblaciones con alta prevalencia de resistencia a claritromicina, respectivamente.

Conclusiones: El presente metaanálisis confirma que SEC es, en general, más efectiva que TT. En especial, frente a la triple terapia clásica de 7 días, en pacientes con úlcera péptica, en Italia o en

poblaciones con una alta prevalencia de resistencia a claritromicina. No obstante, la ventaja de SEC sobre TT parece ir disminuyendo con el tiempo, por lo que se debería realizar un análisis actualizado y continuado antes de recomendar un cambio generalizado en la elección del tratamiento erradicador de *H. pylori* de primera línea.

97. TERAPIA DE RESCATE DE SEGUNDA LÍNEA CON MOXIFLOXACINO TRAS EL FRACASO ERRADICADOR DE *H. PYLORI*

J.P. Gisbert^{a,b}, M. Romano^c, J. Molina-Infante^d, A.J. Lucendo^e, E. Medina^f, I. Modolell^g, B. Gómez^h, J. Barrioⁱ, M. Perona^j, J. Ortuño^k, I. Ariño^l, J.E. Domínguez-Muñoz^m, A. Pérez-Aisaⁿ, J.L. Domínguez^o, P. Almela^p, J. Gómez^q, J. Millastre^r, E. Martín-Noguerol^s, A.G. Gravina^t, A. Miranda^u, A. Federico^v, M. Fernández-Bermejo^w, T. Angueira^x, L. Ferrer-Barceló^y, N. Fernández^z, M. Martorano^{aa}, A.C. Marín^{ab} y A.G. McNicholl^{a,b}

^aCIBERehd. ^bHospital de la Princesa, Servicio de Aparato Digestivo, IP, Madrid. ^cUO di Epatogastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, AOU, Naples, Italia. ^dHospital San Pedro de Alcántara, Servicio de Aparato Digestivo, Cáceres. ^eHospital General de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo, Ciudad Real. ^fHospital General de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^gConsorci Hospitalari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo, Barcelona. ^hHospital Quirón Sagrado Corazón, Servicio de Aparato Digestivo, Sevilla. ⁱHospital Rio Hortega, Servicio de Aparato Digestivo, Valladolid. ^jHospital Quirón Marbella, Servicio de Aparato Digestivo, Marbella. ^kHospital La Fe, Servicio de Aparato Digestivo, Valencia. ^lHospital Lozano Blesa, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^mHospital Clínico de Santiago, Servicio de Aparato Digestivo, Santiago de Compostela. ⁿAgencia Sanitaria Costa del Sol, Servicio de Aparato Digestivo, Málaga. ^oHospital Alto Guadalquivir, Servicio de Aparato Digestivo, Jaén. ^pHospital de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo, Castellón. ^qHospital Gregorio Marañón, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid. ^rHospital Miguel Servet, Servicio de Aparato Digestivo, Zaragoza. ^sHospital Carmen y Severo Ochoa, Servicio de Aparato Digestivo, Cangas del Narcea. ^tUO Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, PO “Immacolata”, Sapri, Italia.

Introducción: Tras el fracaso erradicador de *H. pylori* habitualmente se emplea una terapia de rescate cuádruple con bismuto o una triple con levofloxacino. El moxifloxacino es una quinolona de nueva generación que parece verse menos afectada por las resistencias que el levofloxacino.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de una terapia de rescate de segunda línea con moxifloxacino, amoxicilina y un inhibidor de la bomba de protones (IBP).

Métodos: Diseño: Estudio multicéntrico prospectivo. Pacientes: Se incluyeron pacientes en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con una terapia triple estándar (IBP-claritromicina-amoxicilina) o una cuádruple sin bismuto (secuencial o concomitante). Criterios de exclusión: cirugía gástrica previa y alergia a los antibióticos empleados. Intervención: Se administró un tratamiento durante 14 días con moxifloxacino (400 mg/24 h), amoxicilina (1 g/12 h) y esomeprazol (40 mg/12 h). Variable de resultado: La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con ¹³C-urea 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. Cumplimiento y tolerancia: El cumplimiento se comprobó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. La incidencia de efectos adversos se evaluó mediante un cuestionario específico.

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes consecutivos (edad media 48 ± 15 años, 59% mujeres, 11% con úlcera péptica y 89% con dispepsia funcional/no investigada). El tratamiento previo (falli-

do) había sido: triple estándar (142 pacientes), secuencial (18) y concomitante (42). Dos pacientes no volvieron al control tras el tratamiento. El 97% de los pacientes completó estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 84,5% (IC95%, 79-90%), y del 81,7% (76-87%) "por intención de tratar". Las tasas de erradicación fueron similares cuando se compararon en función del diagnóstico (úlcera 82,6% vs dispepsia funcional/no investigada 81,6%) y del tratamiento previo (triple estándar 81% vs secuencial 89% vs concomitante 81%). En el estudio multivariante, la edad fue la única variable que se asoció al éxito erradicador (OR, 0,947; IC95%, 0,918-0,977). Se describieron efectos adversos en el 26% de los casos (IC95%, 20-32%); los más frecuentes fueron: diarrea (10,4%), dolor abdominal (9,9%), náuseas (8,4%), sabor metálico (4,5%), astenia (4,5%) y vómitos (2,5%); en 13 pacientes los efectos adversos fueron clasificados como "intensos", pero ninguno de ellos fue grave.

Conclusiones: La combinación triple con moxifloxacino (junto con esomeprazol y amoxicilina) durante 14 días tiene una elevada eficacia (> 80%) como tratamiento erradicador de rescate, siendo un régimen sencillo y bien tolerado, por lo que representa una alternativa tras el fracaso de un tratamiento triple estándar, secuencial o concomitante.

Oncología gastrointestinal

126. RIESGO DE NEOPLASIA COLORRECTAL AVANZADA EN INDIVIDUOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

M. Liz Leoz^{a,b}, L. Moreira^{a,b}, S. Carballal^{a,b}, A. Baiges^a, R. Rodríguez^c, T. Ocaña^{a,b}, M. Pellisé^{a,b}, M. López-Cerón^{a,b}, A. Castells^{a,b} y F. Balaguer^{a,b}

^aHospital Clínic, Servicio de Gastroenterología, Barcelona.

^bCIBERehd, IDIBAPS, Barcelona. ^cHospital Universitario Puerta de Hierro, Servicio de Aparato Digestivo, Madrid.

Introducción: Los antecedentes familiares de CCR se asocian a un aumento del riesgo de CCR. La estratificación del riesgo de CCR se basa en el grado de parentesco, la edad al diagnóstico del caso índice, y el número de familiares afectados. Los grupos considerados de mayor riesgo son los individuos con al menos 1 FPG (familiar de primer grado: padres, hermanos, hijos) menor de 60 años con CCR y los individuos con > 2 FPG con CCR, en los que se recomienda realizar una colonoscopia de cribado cada 5 años a partir de los 40 años. Sin embargo, es controvertido si los individuos con un FPG mayor de 60 años con CCR (el grupo más numeroso) presentan un riesgo incrementado de desarrollar CCR y si podrían incluirse en los programas institucionales de cribado poblacional basados en prueba de sangre oculta en heces (SOH). El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de neoplasia avanzada (adenoma avanzado y CCR) en FPG de pacientes con CCR.

Métodos: Estudio retrospectivo que evaluó 929 individuos sanos con al menos un FPG con CCR (333 con 1 FPG < 60 años, 444 con 1 FPG > 60 años, 149 con > 2 FPG) atendidos en un centro de tercer nivel. Los síndromes de CCR hereditarios fueron evaluados y excluidos del estudio. El grupo control incluyó 2616 individuos asintomáticos de riesgo medio (50-69 años) sin antecedentes familiares de CCR del estudio COLONPREV. Se evaluaron los resultados de la primera colonoscopia de cribado en ambos grupos. Se definió adenoma avanzado como aquel > 10 mm, con componente vellosa, o displasia de alto grado. Se realizó un análisis de regresión logística binaria ajustado a edad y sexo.

Resultados: En comparación con el grupo control, los individuos con 1FPG < 60 años con CCR se asociaron a un mayor riesgo de adenoma avanzado (OR = 1,59; IC95%: 1,04-2,41; p = 0,031) y CCR (OR = 4,74; IC95%: 1,67-13,47; p = 0,004). El grupo con 1FPG > 60 años con CCR no se asoció a un mayor riesgo de adenoma avanzado (OR = 0,98; IC95%: 0,67-1,45; p = 0,935) ni CCR (OR = 1,92; IC95%: 0,62-5,99; p = 0,261). En el grupo con > 2FPG no se observó un aumento significativo del riesgo de adenoma avanzado (OR = 1,39; IC95%: 0,77-2,5; p = 0,27), con una tendencia a mayor riesgo de CCR (OR = 2,85; IC95%: 0,61-13,4; p = 0,184).

Conclusiones: Los individuos con 1FPG > 60 años con CCR no se asocian a un aumento de riesgo de neoplasia avanzada. Estos resultados sugieren que en estos individuos, el cribado podría realizarse en el seno de los programas de cribado poblacional de CCR mediante la prueba de SOH. Esta estrategia podría ayudar a optimizar los recursos de colonoscopias en países con programas de cribado de CCR basados en SOH.

129. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA TRAS EXTIRPACIÓN DE ADENOMAS DE ALTO RIESGO

P. Zapater y R. Jover

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Diferentes guías recomiendan la realización de una colonoscopia de vigilancia a los 3 años para los pacientes a los que se ha extirpado adenomas de alto riesgo, sin embargo las evidencias que sustentan esta recomendación son escasas. El objetivo de este estudio es comparar el coste-efectividad de esta estrategia con otra que utilice intervalos de vigilancia más prolongados.

Métodos: Hemos desarrollado un modelo de Markov para comparar la recomendación de colonoscopia a los 3 años con subsiguiente colonoscopia a los 5 años si no se encuentran lesiones con otra estrategia en la que se realizaría colonoscopia a los 5 años con subsiguientes exploraciones a los 10 años. Se ha modelizado una cohorte de individuos de 50 años de edad con adenomas de alto riesgo. Las colonoscopias de vigilancia se han programado hasta la edad de 80 años y los pacientes han sido seguidos en el modelo hasta su fallecimiento. Con este modelo se han calculado costes, años de vida ajustados a la calidad (QALYs) y ratio incremental de coste-efectividad (ICERs). El análisis se ha llevado a cabo utilizando el software "R" (versión 2.13.1).

Resultados: El empleo de una estrategia de vigilancia con intervalos más prolongados (estrategia 5 años) supondría un ahorro de un total de 158.992 colonoscopias en una población de 100.000 pacientes con adenomas de alto riesgo, con una diferencia de coste de 55.329.216 €. Sin embargo, esta estrategia resultaría en la aparición de 2.083 casos más de cáncer colorrectal (CCR) y 562 muertes más por CCR en la misma población. La estrategia de 3 años tiene un coste medio de 2.263 €, mientras que la de 5 años tiene un coste de 2.348 €. La media de QALYs en la estrategia de 3 años fue 21.0 y en la de 5 años fue de 21.7. Ambas estrategias muestran similar coste-efectividad, con un ICER de 121 € por QALY a favor de la estrategia de 5 años. El análisis de sensibilidad probabilístico confirmó la falta de diferencia entre ambas estrategias.

Conclusiones: Una estrategia con intervalos de vigilancia más prolongados tras la extirpación de adenomas de alto riesgo muestra un coste-efectividad similar a la estrategia actualmente recomendada. Esta estrategia, con intervalos más prolongados, supondría una gran reducción en el número de colonoscopias practicadas, con la consiguiente mejora de la capacidad endoscópica. Estudios reales de comparación de diferentes estrategias de vigilancia serían de gran interés.

Páncreas y vías biliares

150. RADIACIÓN IONIZANTE EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA. ESTIMACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

J.A. Rodríguez Oballe, F. Argüelles Arias, J. Polo, P. Cordero Ruiz, B. Maldonado Pérez, J. Romero Vázquez, A. Caunedo Álvarez y J.M. Herrerías Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La pancreatitis aguda es una enfermedad con aumento de su incidencia a nivel de España y mundial, siendo diagnosticado en ocasiones con el uso de imágenes como la tomografía computarizada (TC) así como seguimiento de sus complicaciones con esta misma. Existen múltiples estudios donde se ha demostrado ampliamente que la exposición a radiación ionizante, incluso a niveles diagnósticos, está asociada a un aumento de la incidencia de cáncer.

Objetivo: Estimar la dosis total de radiación ionizante recibida por paciente con pancreatitis aguda (PA) durante su ingreso en un hospital terciario e identificar los factores asociados con exposición a dosis de radiación altas.

Métodos: Se incluyeron 108 pacientes ingresados por PA durante el 2011. Se calculó la dosis efectiva (DE) por paciente teniendo en cuenta el número de TC realizados durante su ingreso (valor promedio de DE por TC 19,8 mSv). Según estudios, una DE > 50 mSv

Variable	DE ≥ 50 mSv n (%)	p
Grupo etario		
18-35 años	2 (12,5)	0,10
36-64 años	8 (18,2)	0,09
≥ 65 años	7 (14,6)	0,08
Causa		
Billar	12 (16,9)	0,09
Alcohol	4 (19)	0,07
Otros	1 (6,2)	0,12
Apache II ≥ 8		
No	5 (10,6)	0,08
Sí	12 (19,7)	0,07
Grado de Balthazar		
A-C	4 (4,9)	0,212
D	3 (27,2)	0,035
E	10 (55,5)	0,01
Ingreso		
< 1 semana	0 (0)	NS
≥ 1 semana	17 (26,6)	0,01
Complicación local		
Necrosis pancreat/peripancreat infectada	7 (87,5)	< 0,01
Pseudoquistes	3 (27,2)	0,04
Gravedad		
Leve	0 (0)	NS
Moderada-Grave	9 (36)	0,01
Grave:	8 (56,7)	< 0,01

está asociada a mayor riesgo de cáncer. Se utilizaron los test de Chi cuadrado y test de t de Student para la comparación de variables cuantitativas y categóricas. Para la identificación de factores predictores asociado a dosis altas de radiación se realizó un análisis univariante y multivariante con el test de regresión logística.

Resultados: La media de DE por paciente fue 38,2 mSv. Los factores predictores independientes de radiación ionizante alta fueron: ingreso hospitalario > 1 semana, severidad media grave y grave, complicaciones locales (abscesos y necrosis), sistémicas y Balthazar E estuvieron asociado a una DE > 50mSv (15,7%).

Conclusiones: Un porcentaje considerable de pacientes con PA durante su hospitalización reciben dosis elevadas de radiación ionizante potencialmente carcinogénicas. La identificación de estos pacientes, la monitorización de la DE recibida y la utilización de pruebas de imagen que no utilicen radiación ionizante podrían contribuir a reducir dicha exposición.

Trastornos funcionales digestivos

163. DISFUNCIÓN INTESTINAL NEURÓGENA: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR O CEREBRAL ADQUIRIDA

J.R. Haya Hidalgo^a, I. de Lemos^b, I. Martín^{a,b}, M. Tejero^c, I. Royo^d, E. Munteis^d, M. Castillo^e, E. del Amo^e, I. Ibáñez^{a,b}, M.C. Alonso^b, F. Bory^b y S. Delgado-Aros^{a,b}

^aInstituto de Investigación Médica Hospital del Mar, Universidad Pompeu Fabra, Servicio de Aparato Digestivo, IMIM, Barcelona. Hospital del Mar: ^bServicio de Aparato Digestivo; ^cServicio de Medicina física y Rehabilitación; ^dServicio de Neurología; ^eServicio de Obstetricia y Ginecología, Barcelona.

Introducción: La disfunción intestinal neurógena (DIN) resulta de alteraciones en el eje nervioso entérico-central y puede presentarse como incontinencia fecal (IF) y/o estreñimiento. Datos sobre la prevalencia de la DIN y su impacto en la calidad de vida en pacientes con lesión medular/cerebral (LM/LC) estabilizada son escasos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de la DIN, sus características clínicas e impacto en la calidad de vida percibida en pacientes con lesión medular/cerebral estabilizada.

Métodos: Estudio de corte transversal. Entrevista estandarizada a pacientes con lesión medular/cerebral diagnosticados entre 2005 y 2011 y que habían terminado su programa de rehabilitación motora y no eran dependientes de un ventilador. Se evaluaron la función motora, intestinal y urinaria, la dependencia y la calidad de vida percibida, con el uso de cuestionarios/escalas validadas (escala de Barthel, Neurogenic Bowel Dysfunction Score [NBDS: = 9: DIN leve/> 14: DIN grave], Wexner para IF [20 máx. gravedad] y estreñimiento [30 máx.gravedad]). Se utilizaron los criterios de Roma III para definir estreñimiento. Se presentan porcentajes (%) o medias (IC95%).

Resultados: De 479 casos detectados (98-LM/381-LC), 367 (77%) respondieron a la entrevista (70-LM/297-LC). En pacientes con LM (57% H, 63 años), el Barthel fue de 76 (70; 83), el tiempo transcurrido desde la lesión: 7.5 años (6,9), el nivel de lesión: cervico-dorsal (64%), lumbo-sacra (33%) o múltiples, y las etiologías más frecuentes: degenerativas (36%), traumática (23%), tumoral (20%) y posquirúrgica (14%). En pacientes con LC (58% H, 71 años) el Barthel fue de 80 (77; 82), el tiempo transcurrido desde la lesión de 4 años (3,4) en su mayoría fueron de origen vascular: isquémica (80%) y hemorrágica (17%). Entre los pacientes con LM, 63% tenían DIN (12% grave), el 51% cumplían criterios Roma III-estreñimiento (Wex-

ner: 6/30) y 17% tenía IF (Wexner: 13/20). Entre los pacientes con LC, 47% tenían DIN (14% grave), el 35% cumplían criterios de Roma III-estreñimiento (Wexner: 4/30) y 16% tenía IF (Wexner: 12/20). La ausencia de sensación defecatoria fue más frecuente en pacientes con LM en comparación con LC ($p < 0,0001$). Entre los pacientes con problemas para evacuar, el 50% informó que esta secuela tenía algún o un gran impacto en su calidad de vida percibida y para el

5% fue la secuela más incapacitante. Entre los pacientes con IF, el 30% informó que esta secuela tenía un gran impacto en su calidad de vida percibida y para el 7% fue la secuela más incapacitante.

Conclusiones: La disfunción intestinal es muy frecuente en pacientes con lesión medular o cerebral estabilizada y puede suponer un gran impacto en la calidad de vida en un porcentaje significativo de los pacientes afectados.