



XX Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 8-10 de marzo de 2017



PÓSTERS CON MENSAJES RELEVANTES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Endoscopia

203. FACTORES PREDICTORES DE DIFICULTAD TÉCNICA EN DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (DSE): ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

J.C. Marín-Gabriel^{a,b}, F. Ramos-Zabala^c, A. Herreros de Tejada^{d,e}, L.F. Múgica-Aguinaga^f, E. Albéniz-Urbizu^g, J. de la Peña-García^h, A. Sánchez-Yagüeⁱ, O. Nogales-Rincón^j, C. Dolz-Abadía^k, M.G. Fernández-Esparrach^l, A. Álvarez-Delgado^m, C. Guarnier-Argenteⁿ, A.J. del Pozo-García^o, A. Terán-Lantarón^p, N. Amado-Villanueva^q, J. Díaz-Tasende^{a,b} y Grupo SEED de Resección Endoscópica-Grupo DSEⁿ

^aServicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Consulta de Alto Riesgo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario HM Montepíncipe, Madrid. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid. ^eServicio de Aparato Digestivo, MD Anderson Cancer Center, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ^gServicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

^hServicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ⁱServicio de Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella. ^jServicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopias, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ^kServicio de Aparato Digestivo, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ^lHospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona. ^mServicio de Aparato Digestivo, Complejo Universitario de Salamanca. ⁿServicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

^oSociedad Española de Endoscopia Digestiva.

Introducción: Detectar determinados factores de dificultad en la DSE puede permitir seleccionar lesiones con mayor probabilidad de éxito técnico, especialmente al inicio del aprendizaje.

Objetivos: Detectar potenciales factores de dificultad técnica en DSE.

Métodos: Se recopilaban prospectivamente los casos seleccionados para DSE, por intención de tratar, y realizados por miembros

del Grupo DSE pertenecientes al Grupo SEED de Resección Endoscópica. Se definió como DSE difícil todo procedimiento de duración prolongada (> 180 min), que finalizara como resección fragmentada o ambas.

Resultados: Se incluyeron 184 lesiones en 184 pacientes (mediana edad: 69,5 años; hombres: 58,2%). Se reclutaron casos de 13 hospitales universitarios entre enero y noviembre de 2016. Por localización: esófago (n = 6; 3,2%); estómago (n = 40; 21,2%); duodeno (n = 1; 0,5%); colon (n = 99; 53,8%) y recto (n = 38; 20,6%). La mediana de tamaño fue 35 mm (rango 8-120). La mediana de duración del procedimiento fue 107 min (rango: 8-375). La histología de la pieza reseçada según la clasificación de Viena fue: 11 (6%) categoría 1; 1 (0,5%) categoría 2; 93 (50,5%) categoría 3; 64 (34,8%) categoría 4, 13 (7,1%) categoría 5 y 2 (1,1%) tumores carcinoides. En 45 procedimientos (24,5%) se cumplieron criterios de dificultad técnica: En 13 (7,1%) se cumplieron ambos (duración > 180 min y resección fragmentada), en 13 (7,1%) sólo el criterio de resección fragmentada y en 19 (10,3%) sólo el de duración prolongada. La tabla muestra el análisis uni y multivariante para identificar los posibles factores implicados en DSE con dificultad técnica.

Conclusiones: Los factores relacionados de manera independiente con una DSE difícil fueron: tamaño de la lesión > 30 mm, localización colorrectal, presencia de fibrosis submucosa intensa (F2) y sangrado intraprocedimiento. Por otro lado, la realización de la DSE por un único endoscopista se asoció de forma independiente con una menor dificultad técnica.

204. INDICADORES DE CALIDAD EN LA ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS TRAS UN PROGRAMA DE MEJORA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

H. Córdova^a, P.G. Delgado-Guillena^{b,c}, C. Sánchez-Montes^b, V.J. Morales^{b,c}, O. Sendino^a, B. González-Suárez^a, A. Cárdenas^a, M. Pellisé^a, I.K. Araujo^a, A. Ginés^a, J. Llach^a y G. Fernández-Esparrach^a

^aUnidad de Endoscopia, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBEREHD, Universitat de Barcelona. ^bUnidad de Endoscopia, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona. ^cHospital General de Granollers.

Tabla P-203. Análisis univariante y multivariante para identificar los posibles factores implicados en DSE con dificultad técnica

Variables	Análisis univariante		Análisis multivariante	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Procedimiento				
Volumen casos ≤ 10	0,69 (0,3-1,6)	0,4		
1 endoscopista (vs 2 operadores)	0,04 (0,01-0,2)	< 0,0001	0,03 (0,004-0,23)	0,001
Localización				
Colorrectal	2,7 (1,1-6,9)	0,03	3,6 (1,1-12,3)	0,04
Gástrica	0,4 (0,2-1,2)	0,1		
Lesión				
Tamaño > 30 mm	2,6 (1,2-5,4)	0,01	4,1(1,5-10,7)	0,004
Recidiva tras polipectomía/mucosectomía	0,4 (0,2-1,0)	0,06		
Morfología protruida	1,1(0,4-2,6)	0,5		
Componente deprimido	0,7 (0,2-2,2)	0,5		
Biopsia previa	0,9 (0,4-1,8)	0,8		
Invasión submucosa	1,2 (0,3-4,6)	0,8		
Severe submucosal fibrosis (F2 vs FO/F1)	4,1(1,8-9,3)	< 0,001	7,1(2,6-19,5)	0,0001
Complicaciones				
Sangrado intraprocedimiento	3,9 (1,6-9,3)	0,001	4,3 (1,3-14,6)	0,02

Introducción: El registro y la medición de los indicadores de calidad suponen una oportunidad de mejora del endoscopista y de las unidades de endoscopia. Sin embargo, no existen experiencias previas en nuestro medio sobre su cumplimiento en la esófago-gastroduodenoscopia (EGD) ni cuánto pueden mejorar tras la realización de un programa de formación.

Objetivos: Analizar el cumplimiento de los criterios de calidad de las EGD y evaluar la mejora tras la realización de un programa de formación.

Métodos: Estudio comparativo de dos cohortes, antes (grupo control) y después (grupo intervención) de un programa de formación que consistió en una sesión informativa y la mejora del programa de elaboración de informes endoscópicos. Se utilizaron los indicadores de calidad propuestos por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy y el American College of Gastroenterology (ASGE-ACG) y se registraron como la proporción de las intervenciones que lograron un objetivo predefinido.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.200 EGD de forma secuencial (600 en cada grupo), de las cuales fueron completas 550 (91,7%) y 566 (94,3%), respectivamente. Tras el programa de formación se observó una mejoría significativa en los siguientes indicadores: indicación documentada (93% vs 99,8%; $p < 0,01$), exploraciones completas documentadas (94,7% vs 97,3%; $p < 0,01$), actuación correcta (63,7% vs 87,9%; $p < 0,01$), toma adecuada de biopsias según protocolos (57,9% vs 83,8%; $p < 0,01$), foto-documentación de lesiones descritas (84,1% vs 94,9%; $p < 0,01$), fotodocumentación por segmentos (52,9% vs 70,5%; $p < 0,01$) y valoración global correcta (56,9% vs 90,5%; $p < 0,01$). La toma de biopsias para celiaquía, la indicación documentada, la exploración completa y la actuación correcta si procedía consiguieron superar el estándar recomendado.

Conclusiones: Un programa de formación muy sencillo dirigido a los endoscopistas mejora los indicadores de calidad de la EGD que alcanzan los estándares recomendados por la ASGE-ACG en la mayoría de los indicadores.

205. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA COLÓNICA

C. Mangas Sanjuán^a, E. Santana Rocamora^a, A. Suárez González^b, I. Portillo Villares^c, A. Seoane Urgorri^d, M. Ponce Romero^e, P. Díez Redondo^f, E. Quintero Carrión^g, M. Herráiz Bayod^h, M. Pellisé Urquizaⁱ, A. Ferrández Arenas^j, V. Hernández^k, A. Pizarro Moreno^l y R. Jover Martínez^{a,m}

^aHospital General Universitario de Alicante. ^bHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ^cHospital Donostia, San Sebastián. ^dHospital del Mar-Parc de Salut Mar, Barcelona. ^eHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. ^fHospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ^gHospital Universitario de Canarias, Tenerife. ^hClinica Universitaria de Navarra, Pamplona. ⁱHospital Clínic de Barcelona. ^jHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ^kInstituto de Investigación Biomédica, Xerencia de Gestión Integrada de Vigo. ^lHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ^mInstituto de Investigación Sanitaria ISABIAL.

Introducción: Una adecuada limpieza colónica es fundamental para el cumplimiento de indicadores de calidad de la colonoscopia.

Objetivos: Evaluar qué factores influyen sobre la calidad de la limpieza colónica.

Métodos: Se han incluido de forma prospectiva 6.323 colonoscopias realizadas entre enero y octubre de 2016 en el proyecto Qualiscopia en 12 centros de España. Se considera limpieza inadecuada cuando la puntuación en la escala de Boston es de 0/1 en cualquiera de los segmentos. Se han analizado variables como indicación, sexo, edad, producto empleado, momento de la exploración y el tiempo desde el final de la preparación hasta la realización de la prueba.

Resultados: El 14,1% de los pacientes presentaron limpieza inadecuada. En el análisis multivariante (tabla) vemos que la indicación de la colonoscopia influye sobre la limpieza. Se observó limpieza inadecuada en el 18,4% de los pacientes con síntomas digestivos ($p < 0,001$, ORa 1,7, IC95% 1,3-2,1), en el 14,6% de vigilancia pospolipectomía ($p < 0,001$, ORa 2,4, IC95% 2,0-2,9) y en el

Factores de riesgo de limpieza inadecuada					
	% (n)	ORc (IC95%)	p	ORa (IC95%)	p
Indicación					
Síntomas digestivos	18,4 (441/2.400)	1,8 (1,4-2,2)	< 0,001	1,7 (1,3-2,1)	< 0,001
Vigilancia post-polipectomía	14,6 (176/1.202)	2,3 (1,9-2,8)	< 0,001	2,4 (2,0-2,9)	< 0,001
Cribado directo	10,6 (51/481)	1,2 (0,9-1,7)	0,232	1,3 (0,9-1,8)	0,111
TSOH+	8,8 (155/1.757)	1,0		1,0	
Sexo					
Hombres	15,0 (455/3.043)	1,2 (1,0-1,3)	0,048	1,3 (1,1-1,5)	0,002
Mujeres	13,2 (369/2.806)	1,0		1,0	
Edad					
≥ 60 años	15,2 (515/3.393)	1,2 (1,1-1,4)	0,005	1,2 (1,1-1,5)	0,007
< 60 años	12,6 (309/2.457)	1,0		1,0	
PEG4L					
Sí	13,9 (166/1.197)	1,0 (0,8-1,2)	0,808	-	-
No	14,1 (658/4.653)	1,0			
PEG2L					
Sí	14,2 (401/2.833)	1,0 (0,9-1,2)	0,883	-	-
No	14,0 (423/2.594)	1,0			
Citrafleet					
Sí	13,8 (227/1.645)	1,0 (0,8-1,1)	0,694	-	-
No	14,2 (597/4.205)	1,0			
Turno exploración					
Mañanas	14,1 (572/4.047)	1,0 (0,9-1,2)	0,684	-	-
Tardes	13,7 (230/1.676)	1,0			
Tiempo hasta exploración					
> 4h	16,4 (438/2.668)	1,5 (1,2-1,7)	< 0,001	1,1 (0,9-1,4)	0,174
≤ 4h	11,9 (377/3.159)	1,0		1,0	
Tiempo hasta exploración					
> 7h	21,7 (236/1.087)	2,0 (1,7-2,4)	< 0,001	1,8 (1,5-2,5)	< 0,001
≤ 7h	12,2 (579/4.740)	1,0		1,0	

ORc: Odds ratio cruda; ORa: Odds ratio ajustada; p: nivel de significación.

10,6% de cribado directo ($p = 0,111$, ORa 1,3, IC95% 0,9-1,8) comparado con el 8,8% en colonoscopias realizadas por TSOH+. También se encontró con más frecuencia limpieza inadecuada en hombres ($p = 0,048$, ORa 1,3, IC95% 1,1-1,5) y en pacientes ≥ 60 años ($p = 0,007$, ORa 1,2, IC95% 1,1-1,5). Respecto al tiempo hasta la exploración, observamos que un tiempo $> 7h$ se asocia a limpieza inadecuada ($p < 0,001$, ORa 1,8, IC95% 1,5-2,5), y sin embargo, un tiempo $> 4h$ no mostró esta asociación ($p = 0,174$, ORa 1,1, IC95% 0,9-1,4). Por otra parte, el producto de limpieza colónica empleada no tuvo incidencia sobre la calidad de la limpieza.

Conclusiones: El tipo de indicación, el sexo, la edad y el tiempo hasta la exploración ($> 7h$) son factores que se relacionan de forma independiente con la calidad de la limpieza colónica.

Enfermedad inflamatoria intestinal

206. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR COLECTOMÍA Y FACTORES RELACIONADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA GRAVE (CU-RG) DEL REGISTRO ENEIDA (1989-2013)

I. Ordás^a, E. Domènech^b, M. Aguas^c, F. Fernández-Bañares^d, S. García^e, M. Peñalva^f, C. Muñoz^g, V. García-Sánchez^h, J. Llaóⁱ, C.E. Jiménez^j, F. Gomollón^k, M. Piqueras^l, M. Vera^m, L. Márquezⁿ, M.L. de Castro^o, A. Gutiérrez^o, J.L. Cabriada^p, N. Alcaide^q, O. Merino^r, X. Calvet^s, M.A. Montoro^t, L. Arias^u, J. Panés^a y M. Esteve^d

^aGastroenterología, IDIBAPS, CIBEREHD, Hospital Clínic de Barcelona. ^bGastroenterología, CIBEREHD, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^cGastroenterología, CIBEREHD, Hospital La Fe, Valencia. ^dGastroenterología, CIBEREHD, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ^eGastroenterología,

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ¹Gastroenterología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ²Gastroenterología, Hospital de Basurto, Bilbao. ³Gastroenterología, Hospital Reina Sofía, IMIBIC, Córdoba. ⁴Gastroenterología, Hospital de Sant Pau, Barcelona. ⁵Gastroenterología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁶Gastroenterología, CIBEREHD, Hospital Lozano Blesa, Zaragoza. ⁷Gastroenterología, Consorci Sanitari de Terrassa. ⁸Gastroenterología, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ⁹Gastroenterología, Hospital del Mar, Barcelona. ¹⁰Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Instituto de Investigación Biomédica, Pontevedra. ¹¹Gastroenterología, CIBEREHD, Hospital Universitario de Alicante. ¹²Gastroenterología, Hospital de Galdakao, Bilbao. ¹³Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹⁴Gastroenterología, Hospital de Cruces, Bilbao. ¹⁵Gastroenterología, CIBEREHD, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell. ¹⁶Gastroenterología, Hospital San Jorge, Huesca. ¹⁷Gastroenterología, Hospital General Yagüe, Burgos.

Introducción: Meta-análisis de estudios poblacionales reportan cifras de mortalidad por colectomía en la colitis ulcerosa (CU) del 5% mientras que en centros de referencia es cercana al 0%. Sin embargo, hay pocos datos sobre la mortalidad por colectomía en la subpoblación de CU refractaria grave (CU-RG), su evolución a lo largo de los años y los factores que la determinan.

Objetivos: Evaluar la mortalidad por colectomía en la CU-RG y los factores predictivos.

Métodos: Inclusión de los pacientes colectomizados por CU-RG entre 1989-2013 de la base ENEIDA de 22 hospitales participantes. Se añadieron pacientes identificados a partir de altas hospitalarias con los términos “colitis” y “colectomía” durante el periodo de estudio. Se evaluaron los siguientes factores: edad, sexo, duración, extensión, tratamientos de rescate, tipo de cirugía (urgente-electiva, abierta-laparoscópica), complejidad del hospital (terciario vs secundario) y periodo (1989-2001; 2002-2013). Los porcentajes entre grupos se compararon con la prueba 2 o exacta de Fisher y los factores predictivos de mortalidad con análisis de regresión logística “stepwise”.

Resultados: Se incluyeron 424 pacientes (253 hombres; edad: 42,3 ± 16,4 años). La mortalidad relacionada con el brote de CU-RG fue del 6,4% (N = 27/424). Causas de muerte: Infección 11, perforación post-colectomía 6, hemorragia 4, fallo multiorgánico 4, otros 2. El análisis univariante mostró mayor mortalidad en los pacientes mayores de 50 años (p < 0,0001) y con colectomía urgente vs programada (p < 0,001). La mortalidad fue menor en la CU-RG de debut (p = 0,02), tratada en hospitales terciarios vs secundarios (p = 0,006) y si los pacientes habían recibido tratamiento médico de rescate (p < 0,001). No se detectaron diferencias de mortalidad entre periodos (9,3% vs 4,8%; p = 0,069). La edad > 50 [OR 26,0 (7,2-93,4)] y la cirugía urgente [OR 13,2 (1,6-104,2)] fueron factores predictivos de mortalidad, mientras que ser operado en un hospital terciario [OR 0,2 (0,08-0,9)], después del 2002 [OR 0,3 (0,1-0,9)] y tener una enfermedad de debut [OR 0,1 (0,03-0,7)] redujo el riesgo de forma independiente.

Conclusiones: La edad, como marcador indirecto de comorbilidad, es el factor que determina más riesgo de muerte por colectomía la CU-RG. La menor mortalidad en hospitales terciarios se debe tomar como punto de referencia en la ordenación territorial de la asistencia de la CU-RG.

207. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE INGRESADO POR UN BROTE DE COLITIS ULCEROSA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS

Y. Ber Nieto^{a,b}, M. Domínguez Cajal^{a,b}, Y. Arguedas Lázaro^{a,b}, A.B. Sánchez Puértolas^{b,c}, O. Rivas^{b,d}, L. Oliván^{b,d}, J. Rodríguez Mañas^{b,e}, S. Santolaria Piedrafita^{a,b} y M. Montoro Huguet^{a,b,f}

^aUnidad de Gastroenterología y Hepatología, Hospital San Jorge, Huesca. ^bGrupo de Investigación INDOGASTRO, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. ^cServicio de Urgencias; ^dUnidad de Endoscopias Digestivas, Hospital San Jorge, Huesca. ^eCentro de Salud de Biescas. ^fDepartamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza.

Introducción: Geteccu establece indicadores de calidad (IC) para la acreditación de Unidades de EI.

Objetivos: Investigar oportunidades de mejora en el manejo de los pacientes que han requerido hospitalización por un brote de colitis ulcerosa (CU).

Métodos: Un total de 80 pacientes (52% mujeres; edad media 50,22 [IC: 47,04-53,40]) fueron evaluados retrospectivamente tras haber presentado un brote de CU que requirió hospitalización entre 2005-2015 (100 ingresos hospitalarios [0,88/1.000 hospitalizaciones en el HSJ]). 71 ítems agrupados en 10 dimensiones permitieron recabar información relativa a la calidad del manejo clínico en Urgencias, idoneidad de la documentación clínica, procedimientos (Laboratorio, evaluación nutricional, pruebas de imagen y colonoscopia), terapéutica (básica y avanzada), ética, comunicación y desenlace. Se definió «oportunidad de mejora» cualquier IC cuyo cumplimiento no fuese alcanzado por el 60% de la muestra ([PASW Statistic v.18.0.0 (SPSS Inc.)].

Resultados: La estancia media registrada en el periodo de observación fue de 10,8 días [8,7-12,9], mortalidad: 0%, tasa de reingresos a los 30 días: 2% y tasa de colectomías a largo plazo: 3%. 26 de los 71 IC analizados (36,61%) presentaron valores < 60%, incluyendo infraestimación del luminograma aéreo en el área de urgencias: 9,7% [IC: 2,1-17,2]; falta de información acerca del consumo de antibióticos, AINE o viajes previos al ingreso: 29,73% [IC: 20,63-23,53]; umbral inapropiadamente alto en la investigación de micronutrientes: 42,4% [IC: 32,5-52,3]), incluyendo niveles de Fe: 32,9% [IC: 22,7-43,1]); pobre interés en la búsqueda de CMV en biopsias endoscópicas: 57,1% [IC: 46,3-67,9]; tasas inadecuadas de transfusión de Fe i.v.: 9,0% [IC: 3,3-14,7]); escasa comunicación con el Servicio de Cirugía al ingreso: 5,7% [IC: 0,0-13,8]); dificultades para facilitar teléfono de contacto/correo electrónico al alta: 6,3% [IC: 1,3-11,2], visita de seguimiento en un intervalo < 2 semanas: 27,6% [IC: 18,5-36,6]) y entrega de hoja informativa sobre la naturaleza de su enfermedad: 2,2% [IC: 0,0-5,2]). La calidad de los cuidados fue superior en las formas de tratamiento avanzado (CyA o IFX en formas refractarias) que en los cuidados básicos (86,7% vs 56,2%; p = 0,000) y la calidad de la documentación clínica, superior a la dimensión relacionada con la ética y comunicación (72,4% vs 31,4%; p = 0,000).

Conclusiones: El manejo intrahospitalario del brote de CU en los últimos 10 años ha sido óptimo en consumo de recursos, mortalidad, tasa de reingresos y colectomía a largo plazo. Existen, sin embargo, importantes oportunidades de mejora, especialmente en la evaluación y manejo nutricional (incluyendo las indicaciones de Fe i.v.), la comunicación con el entorno quirúrgico y la dimensión relativa a ética y comunicación. La calidad asistencial ofrecida a los pacientes con corticorretractividad ofrece mejores estándares que los obtenidos en aspectos clásicamente considerados como básicos en el tratamiento.

Esófago-estómago-duodeno

208. SCORE PREDICTIVO DE RESPUESTA A DIETA SIN GLUTEN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CELIAQUÍA EN AUSENCIA DE ATROFIA DE VELLOSIDADES

F. Fernández-Bañares^a, A. Carrasco^a, M. Rosinach^a, B. Arau^a, P. Ruiz^a, R. García-Puig^b, C. González^c, Y. Zabana^a y M. Esteve^a

^aServicio de Digestivo, CIBERehd; ^bServicio de Pediatría; ^cServicio de Anatomía Patológica, CIBERehd, Hospital Universitari Mutua de Terrassa.

Introducción: El punto de corte de linfocitos intraepiteliales (LIEs) para definir enteritis linfocítica (Marsh 1) no está bien establecido. Hemos observado la presencia de un linfograma intraepitelial celiaco en un 30% de pacientes con recuento de LIEs de tanto < 25% como ≥ 25%, con respuesta a DSG en > 70% de los mismos.

Objetivos: Valorar variables predictivas de respuesta a DSG en pacientes con sospecha de EC y ausencia de atrofia de vellosidades y desarrollo de un score predictivo del diagnóstico de EC-lite.

Métodos: Entre 2010 y 2016 se realizaron 1.118 biopsias duodenales diagnósticas para estudio de pacientes con sospecha de EC y genética+ (HLA-2,5/8+ o al menos 1 alelo de DQ2+). Se realizó rutinariamente estudio histológico y del linfograma intraepitelial por citometría. Se consideró Marsh 0 < 25% LIEs. La serología (anti-tTG) se consideró positiva > 2 U/mL (Elia Celikey™, Phadia; ningún paciente tuvo déficit de IgA). Se definió patrón celiaco como un aumento de linfocitos CD3+gammadelta+ y patrón celiaco completo si además había descenso de CD3neg. Se definió respuesta a la DSG como respuesta clínica junto con respuesta serológica y/o histológica a la DSG. Se excluyeron los pacientes en los que no se efectuó control histológico, aquellos con respuesta clínica pero no histológica y aquellos en tratamiento con ARA-2. Se realizó un análisis de regresión logística y se seleccionaron las variables con valor predictivo independiente para crear un score predictivo de respuesta a DSG. Se utilizaron curvas ROC para definir el punto de corte ideal.

Resultados: Se detectaron 843 pacientes con lesiones Marsh 0/1, de los que 182 fueron tratados con una DSG. De estos, 105 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (36 Marsh 0 y 69 Marsh 1; 72% mujeres; edad, 39 ± 1,6), presentando 52 de los mismos respuesta a DSG (49,5%). Comparando pacientes con y sin respuesta a DSG, se apreció anti-tTG+ en 35% vs 6% (p < 0,001); presencia de DQ2,5/8+ 90% vs 69% (p = 0,006); patrón celiaco 71% vs 30% (p < 0,001); patrón celiaco completo 40% vs 9% (p < 0,001). No hubo diferencias en el tipo de lesión histológica ni en el recuento de LIEs. El modelo multivariante resultante incluyó la presencia de DQ2,5/8+, anti-tTG+ y el patrón celiaco. Se creó un score predictivo con valores entre -2 y 14, con un punto de corte ≥ 6 (AUC 0,79 ± 0,04; sensibilidad 67%, especificidad 79%, precisión 71%), que se asoció a una OR de 6,3 (IC, 3-15) de respuesta a DSG. Es de destacar que un punto de corte ≥ 8 se asoció a una especificidad del 100% (sensibilidad, 35%).

Conclusiones: Se confirma que un recuento de LIEs < 25% no descarta EC-lite. La presencia de DQ2,5 y/o DQ8, serología positiva y patrón celiaco en el linfograma intraepitelial muestran un valor predictivo independiente de respuesta a DSG, lo que ha permitido crear un score predictivo de respuesta a DSG y, por tanto, del diagnóstico de EC-lite con una precisión diagnóstica aceptable.

Trastornos funcionales digestivos

209. RESPUESTA DE LOS SÍNTOMAS INTESTINALES, NO INTESTINALES Y EXTRADIGESTIVOS A LINACLOTIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO: LA RESPUESTA A LAS 4 SEMANAS DE TRATAMIENTO PREDICE LA RESPUESTA MANTENIDA

B. Serrano^a, S. Delgado-Aros^b, F. Mearin^c, C. Ciriza de los Ríos^d, J. Serra^e, M. Mínguez Pérez^f, M. Montoro Huguet^g, A. Perelló^h, C. Santander^{i,j}, A. Pérez Aisa^k, I. Bañón-Rodríguez^l y E. Rey^a

^aHospital Clínico San Carlos, Madrid. ^bHospital del Mar, Barcelona. ^cCentro Médico Teknon, Barcelona. ^dHospital 12 de Octubre, Madrid. ^eHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^fHospital Clínico. ^gHospital San Jorge, Huesca. ^hHospital de Viladecans. ⁱHospital La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, Madrid. ^jCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas. ^kAgencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga. ^lAllergan plc.

Introducción: El SII-E es un trastorno funcional digestivo caracterizado por dolor abdominal recurrente y estreñimiento. Linaclotida es un agonista del receptor de guanilato ciclasa C autorizado por la FDA y la EMA para el tratamiento del SII-E moderado grave en adultos. El objetivo fue evaluar los factores predictivos de respuesta clínica a linaclotida.

Métodos: Estudio abierto fase IIIb de linaclotida en adultos con SII-E moderado o grave según criterios Roma III y puntuación IBSSS > 175. Se planificó incluir 120 pacientes, que tomaron 290 µg de linaclotida una vez al día durante 12 semanas. El objetivo principal fue la respuesta clínica a linaclotida tras 12 semanas de tratamiento, definida como una mejoría subjetiva notificada por el paciente en una escala Likert. Los criterios de respuesta fueron: mejor o mucho mejor respecto al estado basal y disminución de la puntuación IBSSS > 30% respecto al basal o una puntuación < 75. Los síntomas digestivos no intestinales y extradigestivos se calcularon mediante el cuestionario Roma III y el cuestionario de salud del paciente 12 (PHQ12), respectivamente. Las características basales y la respuesta clínica en semana 4 fueron evaluadas para determinar su valor predictivo de respuesta clínica en semana 12.

Resultados: 96 pacientes cumplían criterios de inclusión tras una fase de selección de 4 semanas (análisis por intención de tratar, ITT); 60 pacientes se incluyeron en el análisis por protocolo (PP). La mayoría eran mujeres (91; 95%) y la edad media 47 años. La puntuación media inicial IBSSS fue 371 y el tiempo medio desde el diagnóstico 7,5 años (ITT). En las semanas 4 y 12, el 23% y el 25% de los pacientes (ITT), y el 32% y el 37% de los pacientes (PP), respectivamente, presentaban respuesta clínica atendiendo al criterio de mejoría subjetiva y de la reducción de la puntuación IBSSS. En las semanas 4 y 12, el 64% y el 55% de los pacientes presentaron respuestas subjetivas, y el 24% y el 32% presentaron respuestas en la puntuación IBSSS, respectivamente (ITT). Considerando solo uno de los dos criterios, el 61,5% (ITT) y el 80% (PP) de los pacientes lograron alguna mejoría en la semana 12. Las variables iniciales no se asociaron a respuesta a la semana 12, pero la respuesta a la semana 4 se asoció de manera independiente a la respuesta a la semana 12 (OR: 6,5 [IC del 95%: 2,1-19,8]). Las puntuaciones de los síntomas digestivos no intestinales y extradigestivos también mejoraron significativamente en las semanas 4 y 12 (no mostrado). El acontecimiento adverso más frecuente fue la diarrea (n = 39; 21%). No ocurrieron acontecimientos adversos graves.

Conclusiones: Linaclotida mejora los síntomas intestinales, no intestinales y extradigestivos de los pacientes con SII-E. Las características iniciales no fueron predictivas de respuesta a la semana 12, pero la respuesta a la semana 4 se asoció de manera independiente a la respuesta mantenida a la semana 12.

Financiación: Este estudio ha sido financiado por Allergan plc.

Oncología gastrointestinal

210. LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA FECAL ES UN BUEN PREDICTOR DE RIESGO DE NEOPLASIA COLORRECTAL AVANZADA EN PACIENTES SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS

M. Navarro^a, I. Omella^b, P. Carrera^c, G. Hijos^a, P. Roncales^a, F. Sopena^{a,c}, J.J. Puente^d, A. Ferrández^{a,c} y A. Lanasa^{a,c}

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ^bUniversidad de Zaragoza. ^cCIBERehd, Zaragoza. ^dServicio de Bioquímica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi) se ha consolidado como una prueba de cribado coste-efectiva en la detección precoz del cáncer colorrectal. Además, se emplea como test diagnóstico en pacientes sintomáticos. Existe evidencia limitada de que el riesgo de neoplasia avanzada (NA) definido como adenoma avanzado o cáncer, se incrementa conforme la concentración de hemoglobina (Hb) fecal aumenta.

Objetivos: Determinar la asociación entre la concentración de Hb fecal y la detección de NA en colonoscopias realizadas a 2 poblaciones diferentes.

Métodos: Análisis de los resultados de colonoscopias realizadas tras un test SOHi positivo (> 117 ng/ml, Sentinel gold test) a pacientes dentro del programa de cribado de CCR (SOHic) y como método diagnóstico a pacientes sintomáticos (SOHid) entre enero de 2014 y octubre de 2016 en un hospital terciario. Se calculó OR ajustada por edad mediante análisis de regresión logística.

Resultados: Se realizaron 2.742 colonoscopias (57,8% varones); 1.515 (53,5%) en el grupo SOHic. Los pacientes del cribado eran más jóvenes ($65,0 \pm 3,3$ vs $66,2 \pm 13,4$ años, $p < 0,001$) y más frecuentemente varones (61,5% vs 53,3%, $p < 0,001$) que los del grupo SOHid. Se detectaron más lesiones neoplásicas en las colonoscopias realizadas en el grupo SOHic (61,9% vs 44,8% $p < 0,001$). La mediana de concentración de Hb fecal fue mayor en los pacientes que presentaron NA comparado con los que no: 2.469 ng/mL (RI 530-6.624 ng/mL) vs 303 ng/mL (RI 181-744 ng/mL), $p < 0,001$ SOHic, y 4.103 ng/mL (RI 581-12.282 ng/mL) vs 421 ng/mL (RI 205,8-1.739,0 ng/mL) ($p < 0,001$) SOHid. El riesgo de NA fue superior en pacientes del sexo masculino, del grupo SOHic o que presentaban concentración de Hb Q3 o Q4 (tabla).

Conclusiones: El sexo masculino y la concentración de Hb fecal del test SOHi podrían ser predictores de riesgo de CCR y empleados para priorizar las colonoscopias de pacientes con sospecha de NA, tanto en cribado como en pacientes sintomáticos.

Páncreas y vías biliares

211. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO DE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE) EN GASTRECTOMIZADOS

L. Mongil Poce^a, M.C. García Gavilán^b, J. Alcaide García^b, I. Méndez Sánchez^b, A.M. Sánchez Cantos^b, F. Rivas Ruiz^b y A. Pérez Aisa^b

^aHospital Regional Universitario de Málaga. ^bAgencia Sanitaria Hospital Costa del Sol, Málaga.

Introducción: Tras la gastrectomía total o subtotal, el sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) y la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) son una causa fundamental de maldigestión y pérdida de peso postoperatoria afectando de forma negativa al estado clínico y calidad de vida de los pacientes. Aunque la IPE se puede corregir fácilmente con suplementos pancreáticos, en la práctica clínica no siempre se inicia el tratamiento. El test de TG mixtos marcados con C13 (TATGM) es una prueba no invasiva y útil para su diagnóstico y es una herramienta que permite optimizar el tratamiento sustitutivo.

Objetivos: Valorar la IPE en pacientes sometidos a gastrectomía, una vez eliminado el SIBO. Analizar la dosis de enzimas pancreáticas necesarias para optimizar el tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo en pacientes sometidos a gastrectomía total o subtotal por patología neoplásica o benigna desde enero de 2013 a junio de 2016. Se demostró la presencia de IPE mediante el TATGM siguiendo el protocolo estándar. A las 6 semanas de iniciar el tratamiento, se realizó un nuevo control con tratamiento enzimático para ajustar la dosis de enzimas adecuadas.

Resultados: Se incluyen 54 pacientes (60% varones) con edad media de $64 \pm 10,2$ años. El 83,63% presenta una gastrectomía por patología neoplásica, siendo el adenocarcinoma el 82,6% de las mismas. Se realizó gastrectomía total en el 47,27% y subtotal en el 52,7%. La presencia de SIBO fue del 68,25%. Una vez eliminado éste, el 33,33% (18/54) presentaron IPE mediante TATGM. A éstos se les trató con una dosis inicial de 175.000 UI (2 cápsulas de 25.000 UI en cada comida principal y una cápsula de 25.000 UI con comida menor) siguiendo las recomendaciones del manejo de la IPE. Para comprobar la idoneidad del tratamiento, se les realizó a las 6 semanas, un segundo TATGM con el tratamiento prescrito, persistiendo datos de IPE en el 44,44% (8/16), por lo que se les aumentó la dosis a 240.000 UI (2 cápsulas de 25.000 y 3 cápsulas de 10.000 con cada comida principal). De nuevo a las 6 semanas, se volvió a realizar un tercer TATGM para comprobar la eficacia del tratamiento, persistiendo datos de IPE en 1 paciente.

Riesgo de neoplasia avanzada según sexo y cuartil de Hb fecal. Referencia Q1 mujeres. OR (IC95%) ajustada por edad

	SOHi cribado (n = 1.515)		SOHi sintomático (n = 1.227)		
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Q1 (< 196)	1	2,08 (0,73-5,96) p = 0,173	Q1 (< 223)	1	2,24 (0,86-5,79) p = 0,097
Q2 (196-370)	1,46 (0,47-4,54) p = 0,518	3,75 (1,38-10,18) p = 0,009	Q2 (223-513)	1,39 (0,50-3,84) p = 0,173	2,61 (1,10-6,46) p = 0,037
Q3 (371-769)	4,00 (1,39-11,6) p = 0,010	7,45 (2,88-19,26) p < 0,001	Q3 (514-3.321)	2,34 (0,92-5,93) p = 0,073	6,13 (2,62-14,35) p < 0,001
Q4 (≥ 770)	16,2 (6,16-42,58) p < 0,001	19,68 (7,84-49,42) p < 0,001	Q4 (≥ 3.322)	10,89 (4,65-25,49) p < 0,001	16,52 (7,31-37,31) p < 0,001

Conclusiones: La prevalencia de IPE en gastrectomizados una vez eliminado el SIBO ha sido del 33,33%. El TATGM es una prueba sencilla y fácil de realizar, siendo además muy rentable para la monitorización del tratamiento enzimático sustitutivo. Los requerimientos enzimáticos en este subgrupo de pacientes son elevados. Sin embargo, se necesitan más estudios que validen las mejores estrategias terapéuticas en este grupo de pacientes.

Oncología gastrointestinal

212. RIESGO DE DETECCIÓN DE NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES Y MUERTE EN PACIENTES SINTOMÁTICOS CON UN TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA SIN CÁNCER COLORRECTAL

N. Pin Vieito, M.J. Iglesias Varela, D.R. Remedios Espino, P. Vega Villaamil y J. Cubiella Fernández

Complejo Hospitalario Universitario Ourense.

Introducción: El test de sangre oculta en heces inmunológico cuantitativo (SOHi) tiene una elevada precisión diagnóstica para la detección de cáncer colorrectal (CCR) en pacientes sintomáticos. Sin embargo, desconocemos el riesgo de otras neoplasias gastrointestinales asociado a un falso positivo del test.

Objetivos: Calcular el riesgo de detección de tumores del tracto gastrointestinal (TTGI) y muerte en pacientes sintomáticos con una determinación de SOHi positiva sin CCR en una colonoscopia completa con buena preparación intestinal.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes con seguimiento. Se incluyeron los pacientes del estudio COLONPREDICT con colonoscopia completa sin CCR. Se definieron dos cohortes: SOHi ≥ 20 $\mu\text{g/g}$ de heces y < 20 $\mu\text{g/g}$ de heces. Se realizó un análisis descriptivo de los TTGI detectados durante el seguimiento y la mortalidad. Se estimaron las diferencias de riesgo de detección de TTGI y mortalidad entre las dos cohortes mediante regresión logística y de riesgos proporcionales ajustando por edad, sexo y presencia de lesiones colónicas significativas (LCS) en la colonoscopia.

Resultados: Se incluyeron 1.061 pacientes con colonoscopia completa sin CCR en el momento de inclusión, 320 (30,2%) con un test positivo y 741 con un test negativo, con un seguimiento de $36,0 \pm 8,9$ meses sin diferencias entre ambos grupos ($p = 0,19$). Las dos cohortes presentaron diferencias significativas respecto a edad (SOHi positiva $67,5 \pm 12,7$ años vs $64,8 \pm 13,5$ años; $p = 0,04$) y sexo (45,9% vs 52,0% mujeres; $p = 0,04$). Se detectaron TTGI en 14 (4,4%) pacientes con SOHi positiva: 5 CCR, 6 gástricos, 1 esófago, 1 linfoma intestino delgado (ID), 1 CCR + ID y 12 (1,6%), en el grupo con test negativo: 4 CCR, 2 ID, 4 gástrico, 1 esófago, 1 CCR + gástrico. Los pacientes con un test de SOHi positivo tuvieron un incremento no significativo de riesgo de detección de TTGI (OR 2,1, IC95% 0,9-4,8) tras ajustar por edad, sexo y LCS. El riesgo de muerte global en ambos grupos fue del 8,8% y 6,7% respectivamente, sin diferencias significativas entre ambos grupos en el análisis de supervivencia: HR 1,3, IC95% 0,8-2,1. En cuanto al riesgo de muerte por TTGI, se produjeron 10 (3,1%) eventos en el grupo de pacientes con un test de SOHi positivo frente a 6 (0,8%) en el grupo con un resultado negativo, demostrando un incremento significativo del riesgo tras ajustar por edad, sexo y presencia de LCS: HR 3,2, IC95% 1,2-8,9.

Conclusiones: Los pacientes sintomáticos con un test de SOHi positivo y una colonoscopia completa sin CCR tienen mayor riesgo de fallecer por TTGI independientemente de la edad, el sexo o la presencia de LCS.