



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



XIV Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 23-25 de marzo de 2011

PÓSTERS

(PRESENTADOS ORALES POR SU ESPECIAL RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA)

Oncología gastrointestinal

93. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CITA RÁPIDA DE COLONOSCOPIA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL SINTOMÁTICO

I. Alonso-Abreu, O. Alarcón-Fernández, Y. González-Méndez, D. Nicolás-Pérez, R. Romero-García, A.Z. Gimeno-García, M. Carrillo-Palau, A. Jiménez y E. Quintero

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Introducción: En pacientes sintomáticos con cáncer colorrectal la reducción del tiempo de espera para la colonoscopia podría tener una influencia favorable en el pronóstico de la enfermedad.

Objetivo: Analizar si un programa de cita rápida (CR) de colonoscopia reduce el estadiaje tumoral y la mortalidad a corto plazo en pacientes con síntomas o signos de alarma para cáncer colorrectal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en una Unidad de Acceso Abierto de Endoscopia con una lista de espera para colonoscopia diagnóstica de 180 días. En Febrero de 2008 se implementó un programa de CR de colonoscopia (< 30 días) en pacientes con síntomas o signos de alarma establecidos por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Se comparó el estadiaje tumoral (clasificación TNM) y la mortalidad (seguimiento = 6 meses) entre los pacientes con cáncer colorrectal diagnosticados por CR y aquellos detectados mediante cita convencional (CC).

Resultados: Entre septiembre de 2008 y octubre de 2010 se realizaron un total de 11.021 colonoscopias: 1.083 por CR (9,8%) y 9.938 por CC (90,2%). Se diagnosticaron un total de 343 cánceres: 101 (29%) pertenecientes a la CR y 242 (71%) a CC. No hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto al sexo ni la edad de los pacientes. Con una media de seguimiento de 414 ± 188 días en 75 (74%) pacientes pertenecientes a la CR y de 427 ± 287 días en 198 (82%) de los diagnosticados por CC, la mortalidad fue de 11% y 32%, respectivamente (RR: 3,03, IC: 1,53-5,88; $p < 0,001$).

Conclusiones: En Unidades de Endoscopia con lista de espera importante para colonoscopia diagnóstica, la priorización de la prueba según los criterios del NICE mejora significativamente el pronóstico del cáncer colorrectal sintomático a corto plazo.

100. UTILIDAD ASISTENCIAL DE LA CLÍNICA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL

M.I. Castro Novo, J. Cubiella Fernández, J. Vences Vences, P. Quintas Lorenzo, A. Dacal Rivas y J.J. Fernández Seara

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción: El riesgo de desarrollar un cáncer colorrectal (CCR) depende de factores genéticos y ambientales, siendo la presencia de antecedentes familiares uno de los factores de riesgo más importante. Las Clínicas de Alto Riesgo de CCR (CAR-CCR) son un recurso asistencial cuyo objetivo es evaluar el riesgo de desarrollo de CCR así como establecer las estrategias preventivas más adecuadas.

Objetivo: Describir los motivos de derivación, así como los hallazgos en las familias valoradas en nuestro área.

Métodos: Estudios retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de los sujetos índices valorados en la CAR-CCR de un hospital de segundo nivel, en el periodo comprendido entre enero de 2004 y diciembre de 2009.

Resultados: En el periodo de estudio se evaluaron a 225 sujetos índices en nuestra consulta, con una media de edad de 57 (21-94) años, siendo 118 (52,4%) mujeres y 107 (47,6%) varones. El motivo de remisión fue CCR familiar en 180 (80%) familias, poliposis adenomatosa familiar (PAF) en 10 (4,4%), poliposis adenomatosa atenuada (PAA) en 34 (15,1%) y poliposis hamartomatosa en 1 (0,4%). De las familias remitidas por CCR familiar el 58,9% cumplían algún criterio de Bethesda y el 15% cumplían criterios de Ámsterdam. La inestabilidad de microsatélites fue positiva en el 19,7% y el 41,1% de las familias Bethesda y Ámsterdam positivas respectivamente. El diagnóstico definitivo fue síndrome de Lynch en 14 (7,8%), CCR familiar tipo X en 8 (4,4%), poliposis asociada a MYH en 2 (1,1%) y CCR familiar en 156 (86,7%). En las familias con diagnóstico de síndrome de Lynch se pudieron detectar mutaciones en 10 familias (1 en el gen MLH1 y 9 en el gen MSH2). En las familias remitidas por PAF se detectaron mutaciones en el gen APC en 7 casos, en las remitidas por PAA se detectaron mutaciones bialélicas en el gen MYH en 4 y en la familia remitida por poliposis hamartomatosa se detectó una mutación en el gen SKT11.

Conclusiones: Las CAR-CCR en nuestro medio permiten evaluar el riesgo familiar de CCR, el diagnóstico de las causas genéticas y establecer estrategias preventivas.

Endoscopia

3. RIESGO DE HEMORRAGIA POSPOLIPECTOMÍA EN PÓLIPOS MAYORES DE 1 CM. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTORES DE HEMORRAGIA POSPOLIPECTOMÍA

Z. Adrián, A.Z. Gimeno García, D. Nicolás Pérez, A. Jiménez y E. Quintero

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Introducción: La hemorragia es la complicación más frecuente tras la polipectomía endoscópica (PPE). Aunque el tamaño del pólipo ha sido un factor de riesgo uniformemente aceptado, pocos estudios evalúan el riesgo de hemorragia pospolipectomía (HPP) en pólipos grandes y ninguno evalúa adecuadamente los factores predictivos. La identificación de estos factores podría tener un impacto clínico en el manejo de los pacientes dado que la PPE es una técnica que se realiza frecuentemente de forma ambulatoria.

Objetivo: Determinar la incidencia y factores predictores de HPP en pólipos mayores de 1 cm.

Métodos: Desde enero 2007 a diciembre del 2008, se realizaron en la Unidad de Endoscopia de Hospital Universitario de Canarias 6742 colonoscopias. Se realizó PPE en 1894 (28%). Se incluyeron solo las PPE realizadas en pólipos mayores de 1 cm. Se revisaron informes endoscópicos, anatomopatológicos e historias clínicas. Se recogieron variables dependientes del paciente (edad, sexo, comorbilidad), de los pólipos extirpados (forma, tamaño, patrón glandular y grado de displasia), técnica de resección y experiencia del endoscopista. Se evaluó la incidencia de la hemorragia inmediata (durante la polipectomía) y diferida (hasta 1 mes después del procedimiento).

Resultados: Se hallaron pólipos mayores de 1 cm en 364 colonoscopias (5,4%) (H/M 65,1/34,9%; media edad 63 años). Se realizaron 422 polipectomías (tamaño $14 \pm 7,1$ mm). Se identificaron 33 HPP (7,8%), 10 de las cuales fueron diferidas (2,4%). Las únicas variables asociadas al riesgo de HPP en el análisis bivariado fueron: el patrón glandular vellosos (13,3% vs 6,4%; OR 2,2, IC95% [1,05-4,76], $p = 0,03$), la displasia de alto grado (16,4% vs 6,6%; OR 2,8, IC95% [1,23-6,25], $p = 0,01$) y el tamaño ($18,6 \pm 10,3$ mm vs $14,3 \pm 6,7$ mm; OR 1,05, IC95% [1,02-1,08], $p = 0,024$). El 70% de los pólipos con HPP presentaban un tamaño mayor o igual a 14 mm (OR 3,22, IC95% [1,52-6,85], $p = 0,001$). En el análisis multivariado, solo el tamaño se asoció a un aumento de riesgo de HPP ($p = 0,003$; OR 1,06, IC95% [1,02-1,09]).

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que: 1) El tamaño del pólipo es el factor predictivo más importante de HPP. 2) Aquellos pacientes con pólipos iguales o mayores de 14 mm se podrían beneficiar del uso de técnicas hemostáticas profilácticas.

Páncreas y vías biliares

132. INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN SERVICIO DE DIGESTIVO. ¿HAN CAMBIADO LOS MOTIVOS DE INGRESO? IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA EVITAR LOS INGRESOS

A. Cañas^a, X. Bessa^a, E. Sarsanedas^b, P. Torre^b, C. Álvarez^a, L. Ilzarbe^a, M. Puigvehí^a, M. Andreu^a y F. Bory^a

^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Documentación Clínica y Archivo, Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: En los últimos años, existe la impresión de un cambio en los motivos de ingreso hospitalario en los Servicios de Digestivo, y la percepción que diferentes medidas de gestión han

permitido la disminución de los ingresos por diferentes patologías. No obstante, estas impresiones o percepciones han estado poco cuantificadas.

Objetivo: Evaluar el cambio en los tipos de patología y el impacto de diferentes medidas de gestión en los ingresos hospitalarios en un Servicio de Digestivo.

Material y métodos: Obtención de los datos de alta hospitalarios del Servicio de Digestivo a través del registro de hospitalización en el período 1995-2009 codificadas mediante CIM 9 MC. Comparación de los motivos de ingreso hospitalario entre los periodos 1995-2002 respecto al 2003-2009. El impacto de las diferentes medidas de gestión se evaluó comparando el número de ingresos pre- y post-implantación de las diferentes medidas (Hospitales de Día de Digestivo y Guardias de especialidad-busca 24 horas en el año 2000 y Gestora de casos de cáncer colorrectal 2003). Comparación mediante t-Student.

Resultados: En el periodo de estudio se han evaluado 16.026 ingresos hospitalarios en el Servicio de Digestivo. De forma significativa, en los últimos años se ha observado un incremento del número de ingresos hospitalarios por patología biliopancreática benigna ($p < 0,04$), con un incremento en ingresos de pacientes inmigrantes por esta patología ($p < 0,001$), enfermedad inflamatoria intestinal ($p < 0,023$) y por hemorragia secundaria a colitis isquémica/diverticular ($p < 0,027$) y angiodisplasias ($p < 0,003$). De forma paralela, se ha observado un descenso en los ingresos por patología péptica ($p < 0,006$) y cirrosis ($p < 0,004$). Este descenso en ingresos por patología péptica y cirrosis, es más significativa desde el inicio del H. Día + Guardias especialidad con busca 24 horas ($p < 0,0001$, en ambos casos). Finalmente, la implantación de un gestor de casos de cáncer colorrectal responsable de la coordinación del estadiaje ambulatorio ha disminuido significativamente los ingresos por este motivo ($p < 0,01$).

Conclusiones: En los últimos años, el incremento de población inmigrante con mayor prevalencia de patología biliar, conjuntamente con la aplicación de medidas destinadas a gestionar las diferentes patologías, y en parte probablemente explicable por el envejecimiento de la población, se ha observado un cambio significativo en los motivos de ingreso hospitalario en el Servicio de Digestivo.

Enfermedad inflamatoria intestinal

37. EL USO CONJUNTO DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA Y DE 2 TESTS DE INTERFERÓN-GAMMA (T-SPOT.TB Y QUANTIFERON-TB GOLD IN TUBE) AUMENTA LA DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R. de Francisco^a, M. Arias^b, S. Riestra^a, A. Pando^b, J.J. Palacios^c, I. Pérez-Martínez^a, H. Alonso^a, P. Amor^a, O. González-Bernardo^a, L. Rodrigo^a, P. Escalante^d, L. Molinos^b y P. Casán^b

^aServicio de Aparato Digestivo; ^bServicio de Aparato Respiratorio; ^cServicio de Microbiología, Hospital Universitario Central de Asturias. ^dMayo Clinic, Pulmonary and Critical Care Service, Rochester, MN, EE.UU.

Objetivo: El cribado de tuberculosis (TB) latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es obligado antes de iniciar tratamiento con fármacos anti-TNF α ; el papel de los tests de interferón gamma (interferon gamma release assay [IGRA]), en el manejo de pacientes con EII, aún no está claro. Los objetivos de este estudio fueron evaluar la concordancia entre dos IGRA y la prueba de la tuberculina (PPD), y valorar la rentabilidad diagnóstica de su uso conjunto.

Material y métodos: Analizamos los resultados del PPD (con refuerzo) y de dos IGRA (T-SPOT.TB and QuantiFERON-TB GOLD In

Tube) en 164 pacientes con EII atendidos en la UEII del HUCA (Oviedo). Las tres pruebas fueron realizadas simultáneamente por la misma enfermera; definimos TB latente si el PPD y/o cualquier IGRA eran positivos. Analizamos la concordancia entre IGRA y PPD (test Kappa).

Resultados: Se incluyeron 164 pacientes (125 EC, 35 CU y 4 colitis no clasificadas), 83 mujeres y 81 hombres, edad media 43,2 años, fumadores 55 (33,5%), duración media de la EII 11,4 años y hospitalizaciones previas en 125 (78,7%). En los pacientes con EC se había precisado cirugía en 63 (50,4%), y el CDAl a la inclusión era 111 ± 89 ; en los pacientes con CU, el índice de Truelove fue de $12,1 \pm 3,3$. El tratamiento que recibían a la inclusión era: ninguno 24, solo inmunomoduladores (IMM) 53, IMM + esteroides 21, IMM + anti-TNFa 9, solo anti-TNFa 28, anti-TNFa + esteroides 5, solo esteroides 20 y triple terapia 4. El PPD fue positivo en 47 (28,7%) de los 164 pacientes. T-SPOT.TB fue positivo en 23 (14%), negativo en 132 (80,5%) e indeterminado en 9 (5,5%). QuantiFERON fue positivo en 14 (8,5%), negativo en 146 (89%) e indeterminado en 4 (2,5%). La concordancia entre el PPD y T-SPOT.TB fue baja (kappa: 0,215; p: 0,004), al igual que entre el PPD y QuantiFERON (Kappa 0,230; p: 0,001), y entre T-SPOT.TB y QuantiFERON fue moderada (Kappa 0,413; p < 0,001). Los pacientes con PPD positivo tenían mayor edad que los negativos ($47,3 \pm 9,4$ vs $41,2 \pm 13,6$ años; p = 0,001), al igual que los QuantiFERON o T-SPOT.TB positivos ($48,6 \pm 13,8$ vs $42 \pm 12,3$ años; p: 0,012). En total, se diagnosticó TB latente en 57 pacientes (34,8%) (47 por PPD positivo y 10 más por un IGRA positivo con PPD negativo); el uso conjunto de los dos IGRA aumentó el porcentaje de pacientes diagnosticados de TB latente en un 21,3% (IC95%, 8,5%-34,0%); 8 de los 10 pacientes IGRA positivo/PPD negativo estaban recibiendo tratamiento con esteroides.

Conclusiones: En pacientes con EII de Asturias, el PPD es positivo en el 28,7% de ellos; hay una baja concordancia entre el PPD y los IGRA, y moderada entre los dos IGRA estudiados (T-SPOT.TB y QuantiFERON). La realización conjunta de dos IGRA aumenta significativamente el número de pacientes con EII diagnosticados de TB latente, sobre todo bajo tratamiento con esteroides.

38. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA FUNCIÓN SEXUAL

L. Marín^a, M. Mañosa^a, J. Gordillo, Y. Zabana^a, E. Cabré^a, E. García-Planella^b y E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La calidad de vida, de la cual forma parte la sexualidad, se ve alterada en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), aunque su impacto específico en la sexualidad no se conoce bien.

Objetivo: Evaluar la disfunción sexual en la EII, comparándola con controles sanos e identificar los factores asociados.

Métodos: Se envió un cuestionario específico (con sobre franqueado de retorno) a 1528 pacientes (25 a 65 años). Además, se les pidió que proporcionaran un control sin EII de la misma edad y sexo, para el qué se incluyó un cuestionario parecido. Este cuestionario evalúa la percepción del impacto de la EII sobre la sexualidad y los factores asociados, y permite calcular el índice internacional de la función eréctil (IIEF) y el índice de función sexual femenina (IFSF).

Resultados: Se recibieron 405 encuestas que, descontando las retornadas por Correos, representaron una respuesta del 30%. Excluyendo las mal cumplimentadas, dispusimos de 202 enfermas/127 controles y 153 enfermos/73 controles. La mitad de las mujeres con EII y un tercio de los hombres consideraron su deseo y satisfacción sexual peor después del diagnóstico. Respecto a los controles, no hay diferencias en ningún dominio del IIFE de los enfermos, pero

las enfermas presentan puntuaciones significativamente inferiores en todos los dominios del IFSF. Los predictores independientes de disfunción sexual son tener enfermedad de Crohn y el uso de esteroides en mujeres, y la depresión y/o diabetes en los hombres.

Conclusiones: Una mayor proporción de mujeres respecto a los hombres con EII perciben alterada su sexualidad. Cuando la disfunción sexual está presente parece asociarse con factores relacionados con la EII en las mujeres, pero no en los hombres.

40. QUANTIFERÓN DE 3.^a GENERACIÓN (QTF-IT) Y TEST CUTÁNEO DE TUBERCULINA (TCT) EN EL DESPISTAJE DE TB LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J.L. Cabriada^a, M. López^a, S. Torres^a, J. Barrio^b, A. Hernández^a, A. Bernal^a, J.A. Arévalo^a y M.J. López-Goikotxea^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya. ^bHospital Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) constituyen un grupo de riesgo para desarrollar TB. Por ello, y especialmente antes del inicio de la terapia anti-TNF, es obligado el despistaje de infección tuberculosa latente (ITBL) mediante realización de Rx tórax y test cutáneo de tuberculina (TCT). El TCT puede presentar resultados falsos negativos por anergia. Recientemente disponemos de test sanguíneos que miden la liberación de IFN- γ en respuesta a antígenos micobacterianos, posiblemente más exactos.

Objetivo: Comparar QuantiFERÓN de 3.^a generación (QTF-IT) con TCT en el despistaje de ITBL en pacientes con EII.

Material y métodos: Cohorte prospectiva de 141 pacientes (116 EC/25CU); 69% bajo tratamiento inmunosupresor (IMS). Se realizó cribado de ITBL con Rx tórax, TCT (2U) y QTF-IT. El test intradérmico de tuberculina se realizó e interpretó según las recomendaciones habituales. QTF-IT se realizó siempre con un control mitógeno positivo interno y se consideraron positivos valores = 0,35 UI/ml.

Resultados: El grado de concordancia entre ambos test fue moderado (tabla). La concordancia resultó moderada en pacientes bajo tratamiento IMS (c. Kappa 0,54, IC95%, 0,32-0,75) y buena en los que no lo llevaban (c. Kappa 0,77, IC95% 0,56-0,98). No hubo diferencias en la positividad de TCT entre pacientes bajo tratamiento IMS frente a los que no lo tenían (20% vs 23%, p = 0,703), ni respecto a la positividad de QTF (21% vs 32%, p = 0,159). Discordanias: QTF(-)/TCT(+), en 7 casos (5 con antecedente de contactos remotos o BCG), ninguno en pacientes sin IMS. QTF(+)/TCT(-) en 12; 8 estaban bajo tratamiento IMS. Tras un seguimiento medio de 15 meses, no se desarrolló ningún caso de TB activa.

Conclusiones: La concordancia de ambos test es moderada. Esta concordancia es aparentemente inferior en caso de tratamiento inmunosupresor. En caso de no haberse iniciado tratamiento IMS, la determinación de QTF puede ser suficiente. En pacientes con EII bajo tratamiento inmunosupresor probablemente sea recomendable emplear ambos test, mientras no se disponga de estudios prospectivos amplios que ayuden a establecer el mejor test a emplear.

	QTF-IT positivo	QTF-IT negativo	
TCT positivo	23	7	30
TCT negativo	12	99	111
	35	106	141

Coefficiente kappa 0,62; IC95%: 0,46-0,78.

Esófago-Estómago-Duodeno

115. METAANÁLISIS DE LA TERAPIA SECUENCIAL FRENTE A LA TRIPLE TERAPIA CLÁSICA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

J.P. Gisbert^a, O.P. Nyssen^a, A.G. McNicholl^a, F. Megraud^b, V. Savarino^c, G. Oderda^d, C. Fallone^e, L. Fischbach^f y F. Bazzoli^g

^aHospital de la Princesa y CIBERehd, Madrid. ^bLaboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux Cedex, Francia.

^cDipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova, Genova, Italia. ^dPaediatric Endoscopy Units, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italia. ^eMedicine, McGill University Health Centre, Montreal, Canadá. ^fDepartment of Epidemiology, University of North Texas Health Science Center, Fort Worth, Texas, EE.UU. ^gDipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Università degli Studi di Bologna, Bologna, Italia.

Introducción: Recientemente se ha sugerido el empleo de la terapia "secuencial" (IBP-amoxicilina durante los primeros 5 días, seguido de IBP-claritromicina-nitroimidazol durante 5 días más) como primera línea de tratamiento en sustitución de la triple terapia clásica, cuya tasa de erradicación ha disminuido hasta alcanzar valores inaceptables.

Objetivo: Realizar un metaanálisis de los estudios que comparan la terapia secuencial vs la triple terapia clásica como primera línea de tratamiento de la infección por *H. pylori*.

Métodos: Selección de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados que compararan la terapia secuencial y la triple terapia clásica para la erradicación de *H. pylori* como primera línea. Estrategia de búsqueda: electrónica y manual hasta noviembre de 2010. Síntesis de los datos: tasa de erradicación "por intención de tratar".

Resultados: Se actualizaron los metaanálisis previos que, hasta ahora, habían comparado estas dos terapias. Se han incluido finalmente 23 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 4.584 pacientes tratados (2.262 con la terapia secuencial y 2.322 con la triple terapia clásica). El análisis global demostró que la terapia secuencial era significativamente más eficaz que la triple terapia clásica (89% vs 75% en el análisis por intención de tratar; OR = 2,96; IC95% = 2,5-3,5; $p < 0,001$; Número Necesario a Tratar = 7). Los resultados fueron moderadamente heterogéneos ($I^2 = 45\%$) y 8 estudios no demostraron diferencias significativas entre ambas terapias. Hasta el momento, la mayoría de los estudios que han analizado la terapia secuencial se han realizado en el mismo país (Italia). Aunque, globalmente, la tasa media de erradicación con la terapia secuencial estuvo próxima al 90%, se comprobó una tendencia a una menor eficacia con dicha terapia en los estudios más recientes realizados fuera de Italia.

Conclusiones: El presente metaanálisis confirma que la terapia secuencial es más efectiva que la triple terapia clásica. No obstante, la ventaja del tratamiento secuencial sobre el estándar debería confirmarse en distintos países antes de recomendar un cambio generalizado en la elección del tratamiento erradicador de *H. pylori* de primera línea.

Trastornos funcionales digestivos

125. CAMBIOS HEMODINÁMICOS Y DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA DURANTE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA

G. Benavent^a, V. Ortiz^b, C. Vinaixa^a, C. Castellano^a, V. Garrigues^b y J. Ponce^b

^aUnidad de Gastroenterología; ^bCIBERehd, Unidad de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia.

Introducción: La realización de la manometría esofágica puede implicar una situación de estrés para el paciente con una mayor demanda de oxígeno, una obstrucción parcial de la vía aérea, la posibilidad de que ocurran microaspiraciones así como un posible efecto vagal. Estos factores podrían producir una desaturación de O_2 o cambios hemodinámicos, que no han sido evaluados previamente para la manometría esofágica de alta resolución.

Objetivo: Evaluar los cambios hemodinámicos y de saturación de O_2 ($SatO_2$) inducidos por la manometría esofágica de alta resolución.

Métodos: Se incluyeron prospectiva y consecutivamente los pacientes remitidos a una unidad de motilidad de un hospital terciario para la realización de una manometría esofágica. Se recogieron sus datos demográficos, antecedentes de patología cardiorrespiratoria y tabaquismo. Las variables en estudio fueron: saturación arterial de O_2 (pulsioximetría), frecuencia cardíaca (FC) y tensión arterial (TA). La $SatO_2$, la FC y la TA se midieron basalmente en decúbito, durante la intubación, durante la exploración y 5 min tras su finalización. Se valoró el valor más bajo de O_2 y la frecuencia cardíaca más alta. Adicionalmente se valoró la dificultad en la intubación, la tolerancia a la misma, la presencia de síntomas respiratorios y la duración de la prueba.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes (54% mujeres), con una media de edad de 53 (DE 15,5) años con un índice de masa corporal de 27,1 (DE 4,3) kg/m^2 . 7 (13,2%) pacientes tenían antecedentes de patología respiratoria (3 EPOC, 1 asma, 3 otras enfermedades), 6 (11,3%) patología cardíaca (4 arritmia, 2 cardiopatía isquémica) y 10 (18,9%) eran fumadores. La duración media de la prueba fue de 12 min (DE 3,4). Los resultados de las mediciones de saturación arterial de oxígeno, frecuencia cardíaca y presión arterial (media y DE) se expresan en la tabla. La intubación fue fácil/difícil/muy difícil en 39/12/2 pacientes. La tolerancia fue buena/regular/mala en 45/5/3 pacientes. Siete tuvieron síntomas respiratorios (tos) durante la intubación y 3 durante la prueba. 18 pacientes presentaron una $SatO_2 \leq 95\%$ durante la intubación, 2 de ellos $SatO_2 < 90\%$. En 6 de los 7 (85%) pacientes con patología respiratoria la $SatO_2$ fue $\leq 95\%$ durante la prueba. No hubo relación entre la duración de la prueba y los cambios hemodinámicos y respiratorios.

Conclusiones: 1) La intubación nasogástrica durante la manometría disminuye la saturación arterial de oxígeno y aumenta la frecuencia cardíaca, sin embargo, estos cambios no tienen relevancia clínica. 2) En casos seleccionados podría monitorizarse la saturación arterial de oxígeno durante la manometría.

	Saturación O_2	Frecuencia cardíaca	Tensión arterial sistólica	Tensión arterial diastólica
Basal	97,4 (2,4)	76,6 (13,8)	144,7 (22,5)	78,7 (11,4)
Intubación	96,1 (3,5)*	99,3 (20,7)*	—	—
Durante prueba	97,3 (2,4)	80,6 (13,7)	130,9 (21,7)	69,3 (13,9)
Al finalizar	97,6 (2,0)	78,5 (12,7)	128,1 (20,7)	68,9 (13,6)

126. ¿SE CORRELACIONA EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON LA EXPOSICIÓN ÁCIDA ESOFÁGICA MEDIDA EN PH-METRÍA DE 24 H?

J.M. Rosales Zábal^a, A. Pérez Aisa^a, V.M. Aguilar Urbano^a, J. Gonzalo Marín^a, F.M. Fernández Cano^a, J.M. Navarro Jarabo^a, F. Rivas Ruiz^b y A.M. Sánchez Cantos^a

^aUnidad de Digestivo; ^bUnidad de Apoyo a la Investigación, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, Málaga.

Introducción: Estudios previos han establecido la correlación entre obesidad y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la mayor parte de ellos desde un enfoque de síntomas clínicos siendo menos numerosa la evidencia de datos objetivos de exposición ácida esofágica.

Objetivo: Correlacionar el índice de masa corporal (IMC) y la exposición ácida del esófago objetivada mediante pH-metría de 24 h.

Material y métodos: Diseñamos un estudio transversal retrospectivo incluyendo pacientes remitidos a la Unidad de Funcionales para realización de manometría y pH-metría esofágica de 24 h por diagnóstico clínico de ERGE según práctica clínica habitual entre noviembre de 2007 y noviembre de 2009. Se recogieron la edad,

sexo, peso y talla para el cálculo del IMC, hernia hiatal, hallazgos endoscópicos, manométricos (tono del esfínter esofágico inferior y motilidad del cuerpo) y de pH-metría de 24 h. Se realizó un análisis descriptivo para las variables cualitativas y un análisis bivariado para establecer la correlación entre el IMC y resto de variables cuantitativas, se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman junto con gráficos de dispersión y para establecer comparación de subgrupos de variables cualitativas frente al IMC, tras comprobar la normalidad, se utilizó el test de la U de Mann-Whitney para comparación de 2 grupos y Kruskal-Wallis para 3 o más grupos. Se realizó una regresión logística multinomial con la variable dependiente Score compuesto DeMeester (categorizados en normal, leve-moderado y severo) frente a la edad, IMC y sexo. El límite de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: De los 134 pacientes incluidos el 61,9% presentaban un IMC por encima de 25 (sobrepeso-obesidad). El 74% tiene hernia de hiato. En el 48,8% se demuestra hipotonía del esfínter esofágico inferior en el estudio manométrico. En el estudio bivariado la edad se relaciona con un mayor IMC ($p = 0,032$). El aumento del IMC se correlaciona con un score de DeMeester > 30 ($p = 0,041$).

Conclusiones: El aumento del IMC se asocia a un incremento en la exposición ácida esofágica basado en los valores del score de DeMeester.