

85° CONGRESO

de la Sociedad Española
de Patología Digestiva (SEPD)

Tu Congreso, tu Sociedad



SEVILLA 11-13 junio 2026

Comunicaciones
Orales Breves

#SEPD2026

www.congresoSEPD.com

 @sepdigestiva

SEPD SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA
DIGESTIVA

FEAD FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DEL APARATO
DIGESTIVO



COMUNICACIONES ORALES BREVES - TRACTO

OB012 - EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

Presenta: Raúl Mendoza Rodríguez

Mendoza Rodríguez, R¹; Fernández García, R¹; Valverde López, F¹; Jiménez Rosales, R¹; Olvera Porcel, MC²; Redondo Cerezo, E¹

¹Digestivo. ²Bioinformática y Estadística. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción:

El manejo de la hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes en tratamiento con antitrombóticos (AT) – grupo que incluye fármacos antiagregantes y anticoagulantes – constituye un importante reto clínico. Aunque las guías clínicas recomiendan la reintroducción precoz de los AT tras conseguir el cese del sangrado, persiste la incertidumbre acerca del impacto pronóstico del uso previo de AT.

Material y métodos:

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA y Cochrane Collaboration Group. Se consultaron MEDLINE, EMBASE, Scopus y Cochrane Library hasta junio de 2025. Se incluyeron estudios observacionales que evaluaban la mortalidad intrahospitalaria entre pacientes con hemorragia digestiva alta en tratamiento con fármacos antitrombóticos y aquellos que no recibían dicho tratamiento. Finalmente se incluyeron 17 estudios con 18.712 pacientes (6.558 con AT) (Tabla y Figura 1). El desenlace principal evaluado fue la mortalidad intrahospitalaria, que se amplió a mortalidad a 30 días con el objetivo de mejorar la homogeneidad del análisis. La calidad se evaluó con la escala Newcastle-Ottawa. El análisis estadístico empleó modelos de efectos aleatorios para calcular Odds Ratios, con análisis de subgrupos en función del tipo de fármaco, geografía, etiología de la hemorragia, tipo de estudio (prospectivo vs retrospectivo), calidad de los estudios (alta vs moderada-baja) y según se hubieran suspendido los AT.

Nombre	Pie	Previsualizar																																																																																																																																																																																																																																																																														
Tabla 1.	Tabla 1: Resumen de los estudios incluidos en la revisión sistemática.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Primer autor, año</th> <th>Tipo de estudio</th> <th>EI del AT, media (DS)</th> <th>EI del sin AT, media (DS)</th> <th>Tipo de HDA</th> <th>n</th> <th>n AT</th> <th>Muertes AT</th> <th>n sin AT</th> <th>Muertes sin AT</th> <th>n AG</th> <th>Muertes AG</th> <th>n AC</th> <th>Muertes AC</th> <th>Evaluación de calidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Redondo-Cerezo 2025</td> <td>Prospectivo</td> <td>73,1</td> <td>59,1</td> <td>Ambos</td> <td>1945</td> <td>506</td> <td>39</td> <td>839</td> <td>94</td> <td>257</td> <td>15</td> <td>292</td> <td>15</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Durak 2023</td> <td>Prospectivo</td> <td>77,7±8,2</td> <td>77,5±8,3</td> <td>No varicoso</td> <td>231</td> <td>153</td> <td>19</td> <td>76</td> <td>17</td> <td>167</td> <td></td> <td>37</td> <td></td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Ilcoman 2023</td> <td>Retrospectivo</td> <td>77,7±9,4</td> <td>62,6±17,3</td> <td>Ambos</td> <td>240</td> <td>120</td> <td>41</td> <td>120</td> <td>14</td> <td>63</td> <td>9</td> <td>57</td> <td>5</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Popa 2022</td> <td>Retrospectivo</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>Ambos</td> <td>2935</td> <td>296</td> <td>39</td> <td>3029</td> <td>272</td> <td>133</td> <td>13</td> <td>293</td> <td>39</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Matsubashi 2021</td> <td>Retrospectivo</td> <td>74,1±10,6</td> <td>64,9±15,2</td> <td>No varicoso</td> <td>2205</td> <td>659</td> <td>43</td> <td>1546</td> <td>82</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Dumie 2019</td> <td>Prospectivo</td> <td>60</td> <td>74,30</td> <td>No varicoso</td> <td>508</td> <td>233</td> <td>11</td> <td>315</td> <td>37</td> <td>248</td> <td>12</td> <td>73</td> <td>9</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Yabu 2016</td> <td>Retrospectivo</td> <td>53 (RIC 39-49)</td> <td>75,00 (RIC 67-82)</td> <td>Ambos</td> <td>2071</td> <td>851</td> <td>39</td> <td>1220</td> <td>39</td> <td>830</td> <td></td> <td>160</td> <td></td> <td>Moderada</td> </tr> <tr> <td>Kawanak 2017</td> <td>Retrospectivo</td> <td>74,9±10,9</td> <td>74,7±10,8</td> <td>No varicoso</td> <td>316</td> <td>173</td> <td>0</td> <td>173</td> <td>1</td> <td>79</td> <td>0</td> <td>49</td> <td>0</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Taka-Sampao 2016</td> <td>Retrospectivo</td> <td>72,8±11,97</td> <td>61,9±17,6</td> <td>No varicoso</td> <td>548</td> <td>233</td> <td>16</td> <td>315</td> <td>26</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Moderada</td> </tr> <tr> <td>Snak 2016</td> <td>Retrospectivo</td> <td>66,8±13,1</td> <td>58,4±19,1</td> <td>No varicoso</td> <td>357</td> <td>94</td> <td>2</td> <td>263</td> <td>36</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Baja</td> </tr> <tr> <td>Wehbach 2014</td> <td>Retrospectivo</td> <td>AP: 68±12; AC: 69±12</td> <td>69±19</td> <td>No varicoso</td> <td>717</td> <td>402</td> <td>33</td> <td>315</td> <td>45</td> <td>202</td> <td>11</td> <td>89</td> <td>14</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Alta Day 2014</td> <td>Retrospectivo</td> <td>AC: 71,1±11,0; AP: 66,9±12,0</td> <td>60,5±18,3</td> <td>No varicoso</td> <td>398</td> <td>238</td> <td>6</td> <td>160</td> <td>10</td> <td>174</td> <td>2</td> <td>37</td> <td>4</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Oriz 2009</td> <td>Prospectivo</td> <td>68±18</td> <td>68±19</td> <td>No varicoso</td> <td>392</td> <td>150</td> <td>8</td> <td>242</td> <td>14</td> <td>107</td> <td>6</td> <td>43</td> <td>2</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Thompson 2004</td> <td>Retrospectivo</td> <td>67,7±11,3</td> <td>62,9±17,5</td> <td>No varicoso</td> <td>715</td> <td>111</td> <td>4</td> <td>604</td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td>111</td> <td>4</td> <td>Moderada</td> </tr> <tr> <td>Hao 2024</td> <td>Prospectivo</td> <td>AP: 56,9±17,13; AC: 56,68±16,33</td> <td>57,31±17,27</td> <td>Ambos</td> <td>2299</td> <td>229</td> <td>28</td> <td>1770</td> <td>50</td> <td>462</td> <td>21</td> <td>67</td> <td>7</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Manna 2013</td> <td>Prospectivo</td> <td>75,4±11,5</td> <td>63,8±16,2</td> <td>Ambos</td> <td>2214</td> <td>1299</td> <td>84</td> <td>1925</td> <td>139</td> <td>748</td> <td>36</td> <td>394</td> <td>42</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Bredie 2018</td> <td>Retrospectivo</td> <td>DOMCs: 68±11; Warfarina: 66±14</td> <td>63±13</td> <td>No varicoso</td> <td>489</td> <td>184</td> <td>3</td> <td>296</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td>184</td> <td>1</td> <td>Baja</td> </tr> </tbody> </table>	Primer autor, año	Tipo de estudio	EI del AT, media (DS)	EI del sin AT, media (DS)	Tipo de HDA	n	n AT	Muertes AT	n sin AT	Muertes sin AT	n AG	Muertes AG	n AC	Muertes AC	Evaluación de calidad	Redondo-Cerezo 2025	Prospectivo	73,1	59,1	Ambos	1945	506	39	839	94	257	15	292	15	Alta	Durak 2023	Prospectivo	77,7±8,2	77,5±8,3	No varicoso	231	153	19	76	17	167		37		Alta	Ilcoman 2023	Retrospectivo	77,7±9,4	62,6±17,3	Ambos	240	120	41	120	14	63	9	57	5	Alta	Popa 2022	Retrospectivo	N/A	N/A	Ambos	2935	296	39	3029	272	133	13	293	39	Alta	Matsubashi 2021	Retrospectivo	74,1±10,6	64,9±15,2	No varicoso	2205	659	43	1546	82					Alta	Dumie 2019	Prospectivo	60	74,30	No varicoso	508	233	11	315	37	248	12	73	9	Alta	Yabu 2016	Retrospectivo	53 (RIC 39-49)	75,00 (RIC 67-82)	Ambos	2071	851	39	1220	39	830		160		Moderada	Kawanak 2017	Retrospectivo	74,9±10,9	74,7±10,8	No varicoso	316	173	0	173	1	79	0	49	0	Alta	Taka-Sampao 2016	Retrospectivo	72,8±11,97	61,9±17,6	No varicoso	548	233	16	315	26					Moderada	Snak 2016	Retrospectivo	66,8±13,1	58,4±19,1	No varicoso	357	94	2	263	36					Baja	Wehbach 2014	Retrospectivo	AP: 68±12; AC: 69±12	69±19	No varicoso	717	402	33	315	45	202	11	89	14	Alta	Alta Day 2014	Retrospectivo	AC: 71,1±11,0; AP: 66,9±12,0	60,5±18,3	No varicoso	398	238	6	160	10	174	2	37	4	Alta	Oriz 2009	Prospectivo	68±18	68±19	No varicoso	392	150	8	242	14	107	6	43	2	Alta	Thompson 2004	Retrospectivo	67,7±11,3	62,9±17,5	No varicoso	715	111	4	604	20			111	4	Moderada	Hao 2024	Prospectivo	AP: 56,9±17,13; AC: 56,68±16,33	57,31±17,27	Ambos	2299	229	28	1770	50	462	21	67	7	Alta	Manna 2013	Prospectivo	75,4±11,5	63,8±16,2	Ambos	2214	1299	84	1925	139	748	36	394	42	Alta	Bredie 2018	Retrospectivo	DOMCs: 68±11; Warfarina: 66±14	63±13	No varicoso	489	184	3	296	11			184	1	Baja
Primer autor, año	Tipo de estudio	EI del AT, media (DS)	EI del sin AT, media (DS)	Tipo de HDA	n	n AT	Muertes AT	n sin AT	Muertes sin AT	n AG	Muertes AG	n AC	Muertes AC	Evaluación de calidad																																																																																																																																																																																																																																																																		
Redondo-Cerezo 2025	Prospectivo	73,1	59,1	Ambos	1945	506	39	839	94	257	15	292	15	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Durak 2023	Prospectivo	77,7±8,2	77,5±8,3	No varicoso	231	153	19	76	17	167		37		Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Ilcoman 2023	Retrospectivo	77,7±9,4	62,6±17,3	Ambos	240	120	41	120	14	63	9	57	5	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Popa 2022	Retrospectivo	N/A	N/A	Ambos	2935	296	39	3029	272	133	13	293	39	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Matsubashi 2021	Retrospectivo	74,1±10,6	64,9±15,2	No varicoso	2205	659	43	1546	82					Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Dumie 2019	Prospectivo	60	74,30	No varicoso	508	233	11	315	37	248	12	73	9	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Yabu 2016	Retrospectivo	53 (RIC 39-49)	75,00 (RIC 67-82)	Ambos	2071	851	39	1220	39	830		160		Moderada																																																																																																																																																																																																																																																																		
Kawanak 2017	Retrospectivo	74,9±10,9	74,7±10,8	No varicoso	316	173	0	173	1	79	0	49	0	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Taka-Sampao 2016	Retrospectivo	72,8±11,97	61,9±17,6	No varicoso	548	233	16	315	26					Moderada																																																																																																																																																																																																																																																																		
Snak 2016	Retrospectivo	66,8±13,1	58,4±19,1	No varicoso	357	94	2	263	36					Baja																																																																																																																																																																																																																																																																		
Wehbach 2014	Retrospectivo	AP: 68±12; AC: 69±12	69±19	No varicoso	717	402	33	315	45	202	11	89	14	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Alta Day 2014	Retrospectivo	AC: 71,1±11,0; AP: 66,9±12,0	60,5±18,3	No varicoso	398	238	6	160	10	174	2	37	4	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Oriz 2009	Prospectivo	68±18	68±19	No varicoso	392	150	8	242	14	107	6	43	2	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Thompson 2004	Retrospectivo	67,7±11,3	62,9±17,5	No varicoso	715	111	4	604	20			111	4	Moderada																																																																																																																																																																																																																																																																		
Hao 2024	Prospectivo	AP: 56,9±17,13; AC: 56,68±16,33	57,31±17,27	Ambos	2299	229	28	1770	50	462	21	67	7	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Manna 2013	Prospectivo	75,4±11,5	63,8±16,2	Ambos	2214	1299	84	1925	139	748	36	394	42	Alta																																																																																																																																																																																																																																																																		
Bredie 2018	Retrospectivo	DOMCs: 68±11; Warfarina: 66±14	63±13	No varicoso	489	184	3	296	11			184	1	Baja																																																																																																																																																																																																																																																																		
Figura 1.	Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA.	<pre> graph TD A["Records identified through primary electronic search (Pubmed, Embase, Scopus, Cochrane Library) n=865"] --> B["Additional records identified by reference list hand-searching, n=3"] A --> C["Total records n=868"] C --> D["Records after removal of duplicates, n= 609"] D --> E["Studies excluded after the review of abstracts, as being news, articles, letters, commentaries, or obviously irrelevant studies. n=579"] D --> F["Full text articles assessed for eligibility, n= 30"] F --> G["Full text articles excluded for: Absence of inclusion criteria or considered outcomes. Inability to extract number of subjects and/or number of events from case and/or control group n=13"] F --> H["Studies included in the meta-analysis n=17"] </pre>																																																																																																																																																																																																																																																																														



Resultados:

Los resultados evidenciaron que el tratamiento con AT no se asoció a un aumento de la mortalidad intrahospitalaria, observándose una tendencia hacia un efecto protector próxima al umbral de significación estadística (OR: 0.788; IC 95%: 0.618-1.005) (Figura 2). En el subanálisis por tipo de fármaco, los antiagregantes mostraron un efecto protector significativo (OR: 0.67; IC 95%: 0.47-0.95) (Figura 3). En el subanálisis por etiología, la mortalidad fue significativamente menor en pacientes con HDA no varicosa (OR: 0.60; IC 95%: 0,41-0,87) (Figura 4). Al analizar exclusivamente los estudios occidentales se redujo la heterogeneidad y la disminución de la mortalidad alcanzó significación estadística (OR: 0,80; IC 95%: 0,63-1). Analizando los estudios en los que se describía suspensión de AT, los pacientes con tratamiento AT no tuvieron una mayor mortalidad (OR: 0,797; CI 95%: 0,61-1,04) (Figura 5), indistintamente del tipo de AT. Tampoco hubo diferencias en la mortalidad de los pacientes con AT en función del tipo ni calidad de los estudios incluidos.

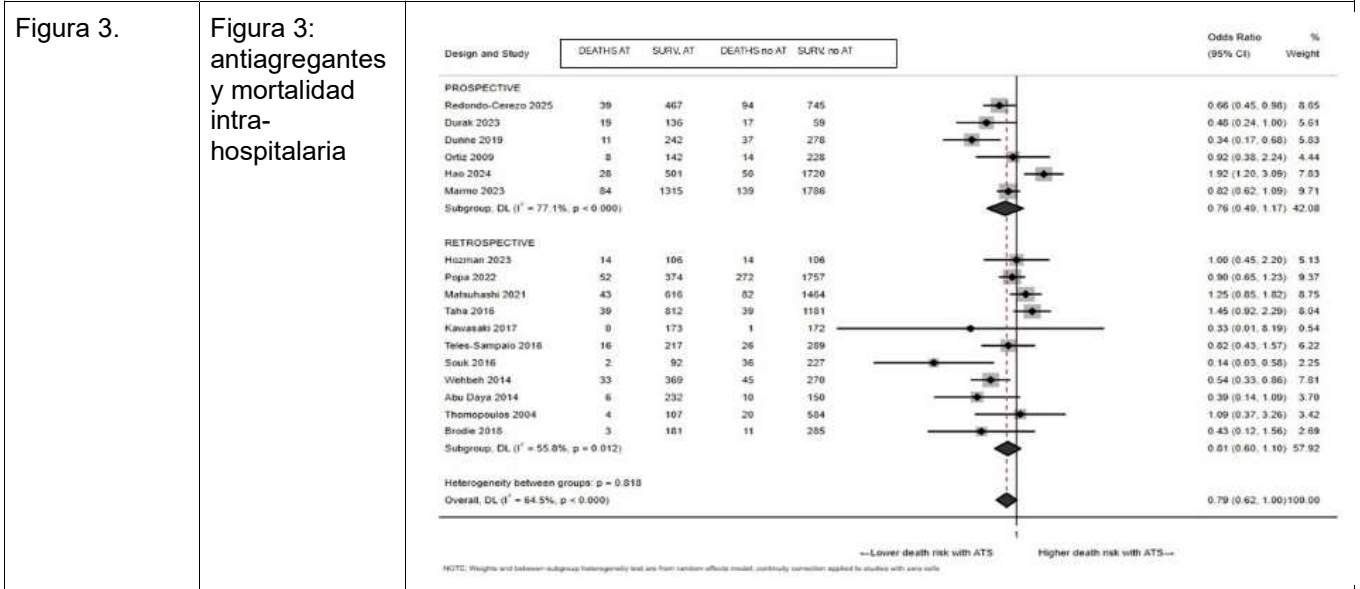
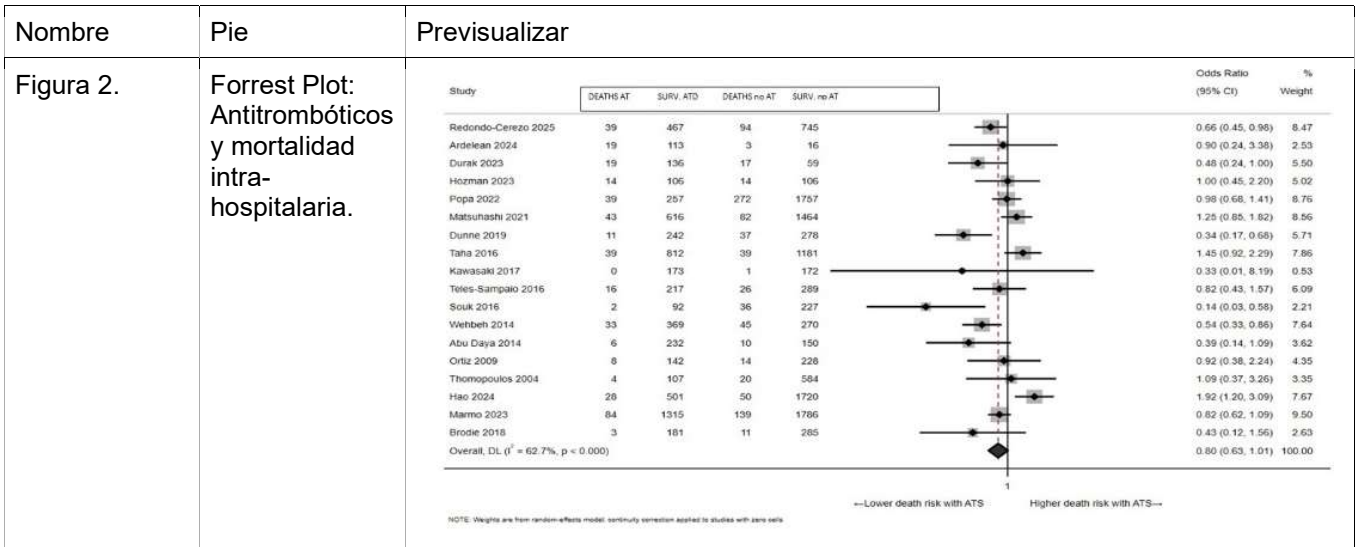




Figura 4. Forrest plot: etiología de la hemorragia y mortalidad intra-hospitalaria

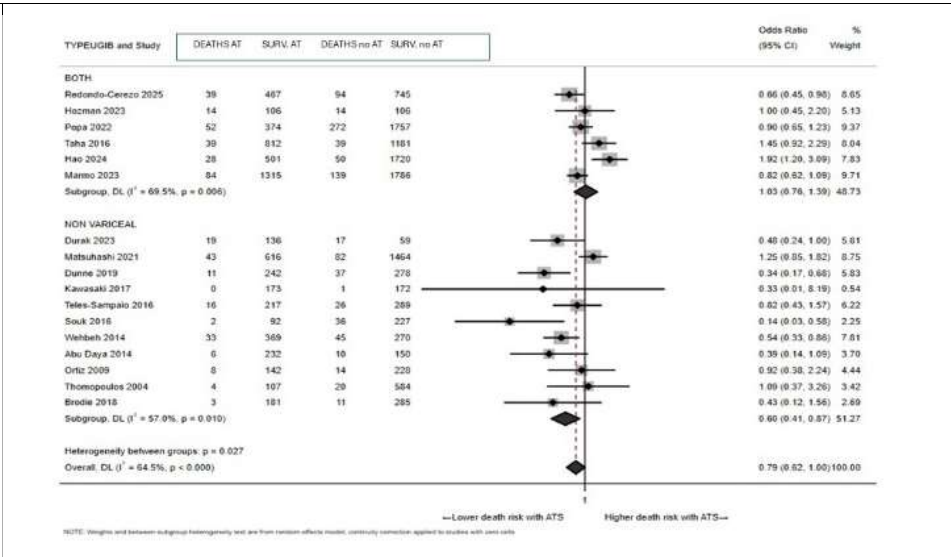
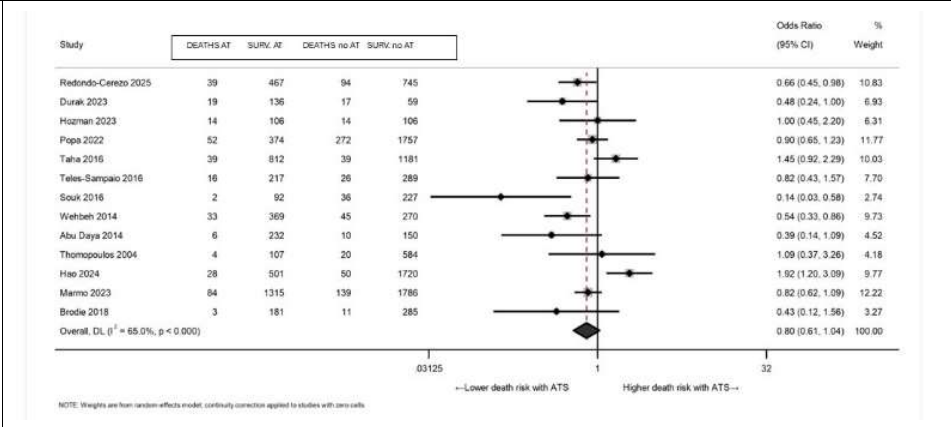


Figura 5. Forrest Plot: suspensión de anticoagulantes y mortalidad intra-hospitalaria.



Conclusiones:

Este estudio supone el primer meta-análisis que aporta evidencia procedente de la práctica clínica real acerca de la mortalidad de pacientes con HDA que toman AT. El tratamiento con AT no constituye un factor de riesgo para la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con HDA, independientemente de la suspensión de AT, tipo y calidad de los estudios. Por el contrario, se observó un efecto protector estadísticamente significativo en pacientes tratados con fármacos antiagregantes, en aquellos con HDA no varicosa y al considerar únicamente estudios occidentales.



OB013 - UTILIDAD DE LAS ESCALAS PRONÓSTICAS PREENDOSCÓPICAS EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA: UN ANÁLISIS BASADO EN PROBABILIDADES PRE-TEST Y POST-TEST

Presenta: Ana Lancho Muñoz

Lancho Muñoz, A; Molina Cortes, P; Ibáñez Vellido, A; Fernández García, R; López Vico, M; Martínez Cara, JG; Redondo Cerezo, E; Jiménez Rosales, R

¹Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción:

La hemorragia digestiva alta masiva (HDAM) es una emergencia médica potencialmente mortal que requiere una identificación precoz para optimizar el pronóstico. La estratificación inicial del riesgo en la HDA se basa habitualmente en escalas pronósticas preendoscópicas como Rockall clínico, Glasgow-Blatchford, AIMS65, ABC o MAP(ASH). Sin embargo, estas herramientas no han sido diseñadas ni validadas para predecir específicamente la HDAM, y su rendimiento se ha evaluado mediante parámetros globales que no permiten una adecuada individualización del riesgo.

El análisis de la probabilidad post-test permite integrar la probabilidad pre-test del desenlace con las características diagnósticas de cada escala. El objetivo del estudio es evaluar la capacidad de estas escalas para identificar pacientes con riesgo de desarrollar HDAM.

Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes adultos atendidos por hemorragia digestiva alta (HDA) en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (2013–2024). Se recogieron variables clínicas, analíticas y terapéuticas, y se calcularon las escalas Glasgow-Blatchford, Rockall clínico, AIMS65, ABC y MAP(ASH). La HDAM se definió por inestabilidad hemodinámica y necesidad transfusional precoz (≥ 2 concentrados), utilizándose su incidencia como probabilidad pre-test. Se consideró test negativo: GBS ≤ 1 , cRS = 0, AIMS65 ≤ 1 , ABC ≤ 3 y MAP(ASH) ≤ 2 en base a estudios previos. Se evaluó la capacidad discriminativa de cada escala mediante curvas ROC y bajo la curva (AUC). Adicionalmente, se calcularon razones de verosimilitud, probabilidades post-test y normograma de Fagan mediante una calculadora online a partir de tablas 2x2 para cada escala con el objetivo de comparar el rendimiento global frente a su impacto clínico real.

Resultados:

Se incluyeron 1.644 pacientes con hemorragia digestiva alta, de los cuales 371 (22,6%) desarrollaron hemorragia digestiva alta masiva (HDAM). La edad media fue de $62,1 \pm 15,5$ años, con predominio masculino (62,5%). En el análisis mediante curvas ROC (figura 1), MAP(ASH) y Glasgow-Blatchford mostraron la mejor capacidad discriminativa global (AUC 0,85 y AUC 0,79 respectivamente), mientras que ABC y AIMS65 presentaron un rendimiento limitado. Sin embargo, pese a un rendimiento global aceptable, ninguna de las escalas evaluadas aumentó de forma clínicamente significativa la probabilidad post-test positiva de HDAM que osciló entre el 23 y 37% (figura 2). Por el contrario, Rockall preendoscópico, Glasgow-Blatchford y MAP(ASH) mostraron una marcada reducción de la probabilidad post-test negativa (figura 2).

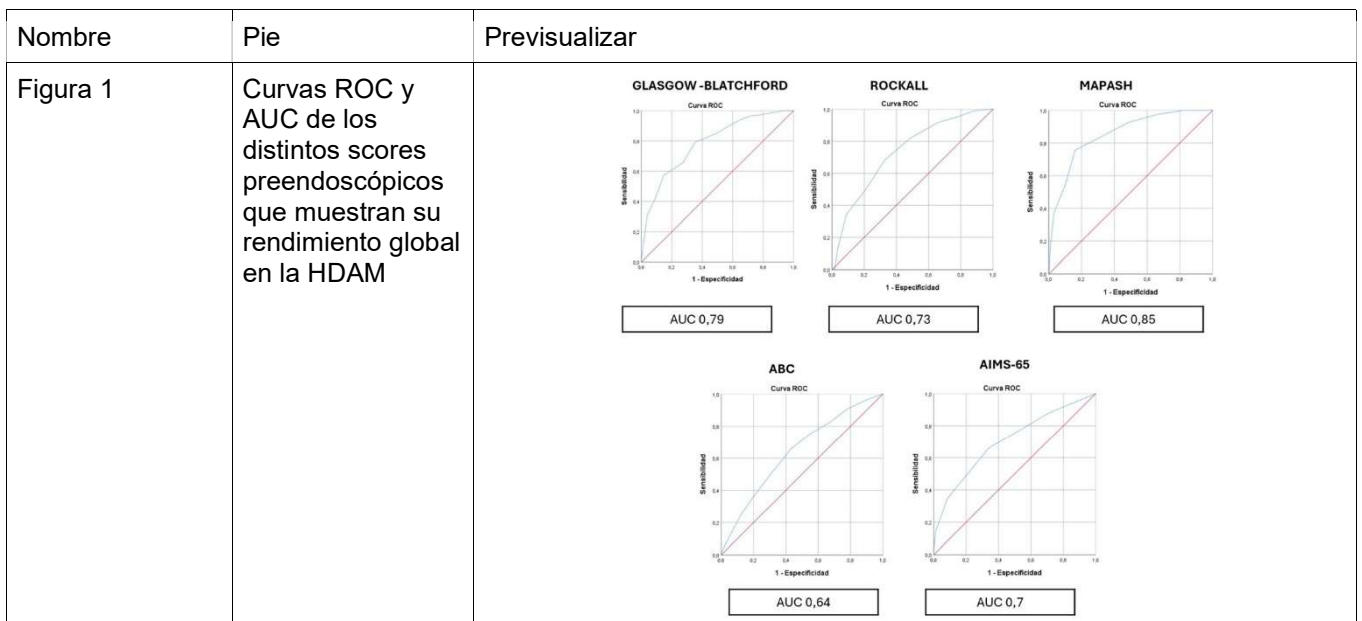
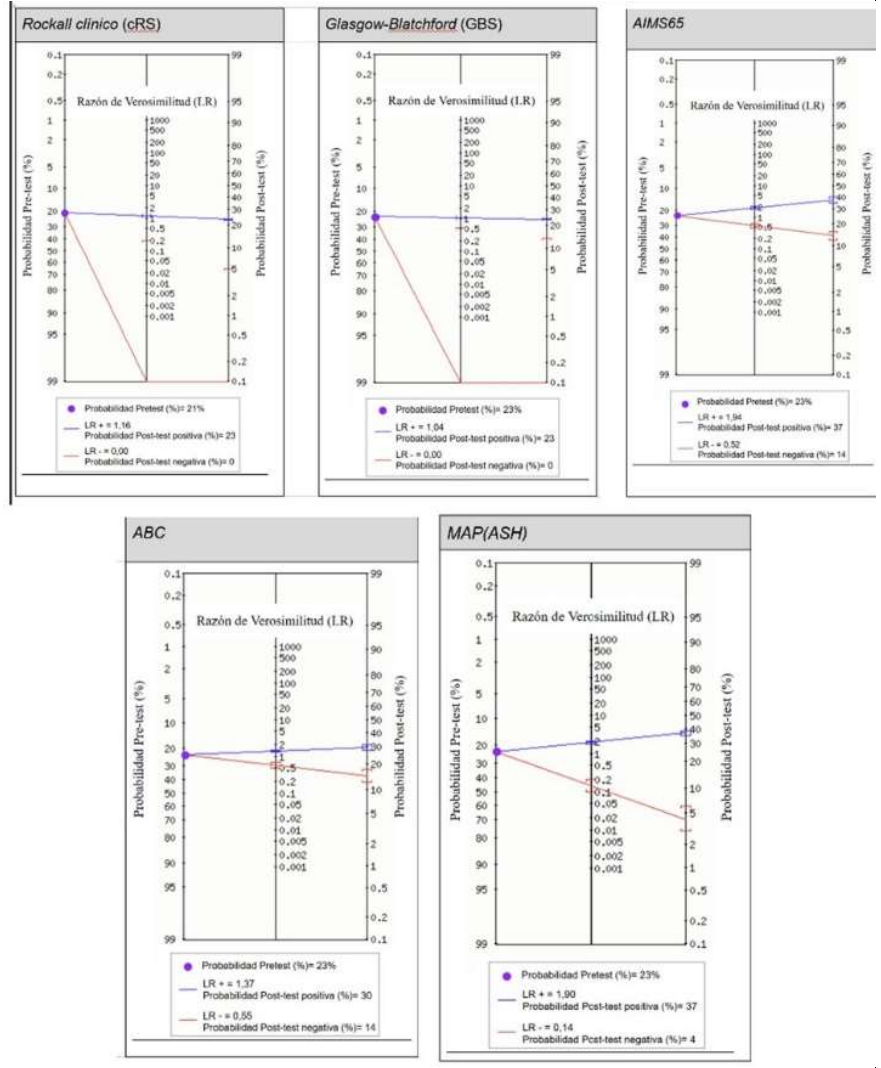




Figura 2

Normograma de Fagan que muestran la modificación de la probabilidad pre-test de HDAM tras la aplicación de las escalas pronósticas preendoscópicas más comúnmente usadas.



Conclusiones:

Las escalas pronósticas preendoscópicas muestran una capacidad limitada para confirmar la hemorragia digestiva alta masiva en pacientes de riesgo, incluso cuando presentan un rendimiento global aceptable en curvas ROC. No obstante, algunas de ellas si permiten la exclusión de HDAM en pacientes de bajo riesgo. El análisis pre-test/post-test aporta una aproximación más clínica y útil que los parámetros discriminativos clásicos y debería incorporarse a la evaluación de estas herramientas en la práctica clínica real. No obstante, la HDAM requiere evaluaciones específicas y estudios adicionales orientados a mejorar su predicción precoz.



OB014 - AUSENCIA DE EFECTO FIN DE SEMANA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 3.046 EPISODIOS

Presenta: Carlo Mirabent Moreno

Mirabent Moreno, C; Carmona Frías, A; Alañón Martínez, PE; González Castilla, L; García Ramos, J; González Galilea, Á; Jurado García, J

Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba.

Introducción:

El denominado “efecto fin de semana” describe un posible empeoramiento de los desenlaces clínicos en pacientes ingresados durante fines de semana, atribuible a diferencias organizativas y de disponibilidad de recursos. Este fenómeno se ha descrito en diversas patologías agudas, incluida la hemorragia digestiva (HD), una de las urgencias más frecuentes y de mayor impacto asistencial. Sin embargo, la evidencia disponible en HD es heterogénea y limitada en nuestro entorno. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del ingreso durante el fin de semana sobre la mortalidad a 30 días y otros desenlaces clínicos relevantes en pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva.

Material y métodos:

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado en un hospital terciario. Se incluyeron todos los episodios de hemorragia digestiva ingresados entre junio de 2014 y junio de 2024, considerándose cada episodio como evento independiente. Se compararon ingresos en fin de semana frente a días laborables. La variable principal fue la mortalidad a 30 días. Como variables secundarias se analizaron complicaciones graves intrahospitalarias, recidiva hemorrágica, necesidad de cirugía o radiología vascular, demora hasta la endoscopia y estancia hospitalaria. Se realizó un análisis por subgrupos según el origen de la hemorragia. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v28, considerándose significativos valores de p<0,05.

Nombre	Pie	Previsualizar																																																																																																																																																																		
Tabla 1	Características de la población general	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variabes</th> <th>Global (n=3046)</th> <th>HDA (n=1546)</th> <th>HDB (n=1207)</th> <th>HDID (n=57)</th> <th>HDOO (n=236)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Edad (años-DS-)</td><td>70,9 (15,8)</td><td>66,7 (16,7)</td><td>76,1 (12,3)</td><td>68,1 (15,9)</td><td>71,2 (17,2)</td></tr> <tr><td>Género (H/M)</td><td>61,2/38,8</td><td>60,9/39,1</td><td>51,6/48,4</td><td>63,2/36,8</td><td>53,8/46,2</td></tr> <tr><td>Fin de semana (%)</td><td>34,8</td><td>35,1</td><td>33,6</td><td>36,8</td><td>37,3</td></tr> <tr><td>Comorbilidad (%)</td><td>81</td><td>76,1</td><td>85,6</td><td>86,0</td><td>88,1</td></tr> <tr><td>Cardiopatía (%)</td><td>42,7</td><td>32,9</td><td>51,2</td><td>50,9</td><td>58,9</td></tr> <tr><td>Neumopatía (%)</td><td>19,3</td><td>15,7</td><td>26,1</td><td>35,1</td><td>19,1</td></tr> <tr><td>Hepatopatía (%)</td><td>12,3</td><td>20,5</td><td>2,8</td><td>8,8</td><td>8,9</td></tr> <tr><td>Hipertensión Arterial (%)</td><td>64,3</td><td>53,9</td><td>75,1</td><td>71,9</td><td>71,6</td></tr> <tr><td>Diabetes Mellitus (%)</td><td>32,7</td><td>29,1</td><td>35,8</td><td>28,1</td><td>39,4</td></tr> <tr><td>Neoplasias (%)</td><td>6,8</td><td>7,1</td><td>7,3</td><td>22,8</td><td>14,4</td></tr> <tr><td>Enfermedad Neurológica (%)</td><td>17,2</td><td>15,5</td><td>22,7</td><td>12,3</td><td>15,7</td></tr> <tr><td>ETEVE (%)</td><td>6,8</td><td>6,5</td><td>6,9</td><td>3,5</td><td>9,3</td></tr> <tr><td>Diálisis (%)</td><td>3,0</td><td>2,4</td><td>4,1</td><td>0</td><td>3</td></tr> <tr><td>AINES (%)</td><td>14,9</td><td>14,8</td><td>9,9</td><td>12,3</td><td>10,6</td></tr> <tr><td>Anticoagulantes (%)</td><td>25,6</td><td>18,9</td><td>31,8</td><td>24,6</td><td>37,2</td></tr> <tr><td>AVK (%)</td><td>11,5</td><td>10,6</td><td>11,8</td><td>5,3</td><td>16,9</td></tr> <tr><td>NACO (%)</td><td>14,1</td><td>8,3</td><td>20,0</td><td>19,3</td><td>20,3</td></tr> <tr><td>Inestabilidad HD</td><td>17,0</td><td>22,3</td><td>11,5</td><td>24,6</td><td>9,3</td></tr> <tr><td>Análitica</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglobina (gr/dl)</td><td>9,9 (2,7)</td><td>9,7 (2,7)</td><td>10,5 (2,6)</td><td>8,5 (2,5)</td><td>8,7 (2,4)</td></tr> <tr><td>Plaquetas (x1000/μL)</td><td>229 (106)</td><td>223 (111)</td><td>235 (99)</td><td>223 (116)</td><td>228 (108)</td></tr> <tr><td>INR</td><td>1,5 (1,5)</td><td>1,5 (1,5)</td><td>1,4 (1,3)</td><td>1,2 (0,5)</td><td>1,8 (2,3)</td></tr> <tr><td>Bilirrubina (mg/dl)</td><td>1,1 (2,2)</td><td>1,5 (2,8)</td><td>0,7 (0,8)</td><td>0,7 (0,4)</td><td>0,7 (0,6)</td></tr> <tr><td>Creatinina (mg/dl)</td><td>1,2 (0,9)</td><td>1,2 (0,9)</td><td>1,2 (0,9)</td><td>1,2 (0,7)</td><td>1,3 (0,9)</td></tr> <tr><td>Urea</td><td>75,4 (52,9)</td><td>83,3 (55,4)</td><td>61,8 (43,2)</td><td>84,9 (65,6)</td><td>88,1 (40,4)</td></tr> <tr><td>Albumina</td><td>3,2 (0,6)</td><td>3 (0,5)</td><td>3,5 (0,6)</td><td>2,9 (0,6)</td><td>3,4 (0,7)</td></tr> </tbody> </table>	Variabes	Global (n=3046)	HDA (n=1546)	HDB (n=1207)	HDID (n=57)	HDOO (n=236)	Edad (años-DS-)	70,9 (15,8)	66,7 (16,7)	76,1 (12,3)	68,1 (15,9)	71,2 (17,2)	Género (H/M)	61,2/38,8	60,9/39,1	51,6/48,4	63,2/36,8	53,8/46,2	Fin de semana (%)	34,8	35,1	33,6	36,8	37,3	Comorbilidad (%)	81	76,1	85,6	86,0	88,1	Cardiopatía (%)	42,7	32,9	51,2	50,9	58,9	Neumopatía (%)	19,3	15,7	26,1	35,1	19,1	Hepatopatía (%)	12,3	20,5	2,8	8,8	8,9	Hipertensión Arterial (%)	64,3	53,9	75,1	71,9	71,6	Diabetes Mellitus (%)	32,7	29,1	35,8	28,1	39,4	Neoplasias (%)	6,8	7,1	7,3	22,8	14,4	Enfermedad Neurológica (%)	17,2	15,5	22,7	12,3	15,7	ETEVE (%)	6,8	6,5	6,9	3,5	9,3	Diálisis (%)	3,0	2,4	4,1	0	3	AINES (%)	14,9	14,8	9,9	12,3	10,6	Anticoagulantes (%)	25,6	18,9	31,8	24,6	37,2	AVK (%)	11,5	10,6	11,8	5,3	16,9	NACO (%)	14,1	8,3	20,0	19,3	20,3	Inestabilidad HD	17,0	22,3	11,5	24,6	9,3	Análitica						Hemoglobina (gr/dl)	9,9 (2,7)	9,7 (2,7)	10,5 (2,6)	8,5 (2,5)	8,7 (2,4)	Plaquetas (x1000/ μ L)	229 (106)	223 (111)	235 (99)	223 (116)	228 (108)	INR	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	1,4 (1,3)	1,2 (0,5)	1,8 (2,3)	Bilirrubina (mg/dl)	1,1 (2,2)	1,5 (2,8)	0,7 (0,8)	0,7 (0,4)	0,7 (0,6)	Creatinina (mg/dl)	1,2 (0,9)	1,2 (0,9)	1,2 (0,9)	1,2 (0,7)	1,3 (0,9)	Urea	75,4 (52,9)	83,3 (55,4)	61,8 (43,2)	84,9 (65,6)	88,1 (40,4)	Albumina	3,2 (0,6)	3 (0,5)	3,5 (0,6)	2,9 (0,6)	3,4 (0,7)
Variabes	Global (n=3046)	HDA (n=1546)	HDB (n=1207)	HDID (n=57)	HDOO (n=236)																																																																																																																																																															
Edad (años-DS-)	70,9 (15,8)	66,7 (16,7)	76,1 (12,3)	68,1 (15,9)	71,2 (17,2)																																																																																																																																																															
Género (H/M)	61,2/38,8	60,9/39,1	51,6/48,4	63,2/36,8	53,8/46,2																																																																																																																																																															
Fin de semana (%)	34,8	35,1	33,6	36,8	37,3																																																																																																																																																															
Comorbilidad (%)	81	76,1	85,6	86,0	88,1																																																																																																																																																															
Cardiopatía (%)	42,7	32,9	51,2	50,9	58,9																																																																																																																																																															
Neumopatía (%)	19,3	15,7	26,1	35,1	19,1																																																																																																																																																															
Hepatopatía (%)	12,3	20,5	2,8	8,8	8,9																																																																																																																																																															
Hipertensión Arterial (%)	64,3	53,9	75,1	71,9	71,6																																																																																																																																																															
Diabetes Mellitus (%)	32,7	29,1	35,8	28,1	39,4																																																																																																																																																															
Neoplasias (%)	6,8	7,1	7,3	22,8	14,4																																																																																																																																																															
Enfermedad Neurológica (%)	17,2	15,5	22,7	12,3	15,7																																																																																																																																																															
ETEVE (%)	6,8	6,5	6,9	3,5	9,3																																																																																																																																																															
Diálisis (%)	3,0	2,4	4,1	0	3																																																																																																																																																															
AINES (%)	14,9	14,8	9,9	12,3	10,6																																																																																																																																																															
Anticoagulantes (%)	25,6	18,9	31,8	24,6	37,2																																																																																																																																																															
AVK (%)	11,5	10,6	11,8	5,3	16,9																																																																																																																																																															
NACO (%)	14,1	8,3	20,0	19,3	20,3																																																																																																																																																															
Inestabilidad HD	17,0	22,3	11,5	24,6	9,3																																																																																																																																																															
Análitica																																																																																																																																																																				
Hemoglobina (gr/dl)	9,9 (2,7)	9,7 (2,7)	10,5 (2,6)	8,5 (2,5)	8,7 (2,4)																																																																																																																																																															
Plaquetas (x1000/ μ L)	229 (106)	223 (111)	235 (99)	223 (116)	228 (108)																																																																																																																																																															
INR	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	1,4 (1,3)	1,2 (0,5)	1,8 (2,3)																																																																																																																																																															
Bilirrubina (mg/dl)	1,1 (2,2)	1,5 (2,8)	0,7 (0,8)	0,7 (0,4)	0,7 (0,6)																																																																																																																																																															
Creatinina (mg/dl)	1,2 (0,9)	1,2 (0,9)	1,2 (0,9)	1,2 (0,7)	1,3 (0,9)																																																																																																																																																															
Urea	75,4 (52,9)	83,3 (55,4)	61,8 (43,2)	84,9 (65,6)	88,1 (40,4)																																																																																																																																																															
Albumina	3,2 (0,6)	3 (0,5)	3,5 (0,6)	2,9 (0,6)	3,4 (0,7)																																																																																																																																																															
Tabla 2	Características de pacientes con hemorragia digestiva alta varicosa	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Edad media</td><td>61,3 (11,3) años</td></tr> <tr><td>Sexo</td><td>77,3%/22,7%</td></tr> <tr><td>Fin de semana</td><td>36,8%</td></tr> <tr><td>Origen de la Hemorragia</td><td> <ul style="list-style-type: none"> HDA por varices esofágicas: 86,7% HDA por varices gástricas: 12,9% HDA varices ectópicas: 0,4% </td></tr> <tr><td>Etiología Cirrosis</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Alcohol: 55,7% VHB: 1,9% VHC: 15,2% Metabólica: 9,5% Otros/Mixta: 17,6% </td></tr> <tr><td>Análitica (DE)</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina (gr/dl): 9, (2,4) Plaquetas (: 141 (92) INR: 1,4 (0,8) Creatinina (mg/dl): 1,1 (0,91) Urea (mg/dl): 63,8 (37,6) Albumina: 2,9 (0,5) Bilirrubina (mg/dl): 2,3 (2,8) </td></tr> <tr><td>Child-Pugh-Turcotte (CPT)</td><td> <ul style="list-style-type: none"> CPT A: 23,6% CPT B: 52,3% CPT C: 24,1% </td></tr> <tr><td>MELD</td><td>12,8 (5,1)</td></tr> <tr><td>Carcinoma Hepatocelular</td><td>16,5%</td></tr> <tr><td>Trombosis</td><td>21,3%</td></tr> <tr><td>Inestabilidad Hemodinámica</td><td>30,2%</td></tr> <tr><td>Estancia Media (DE)</td><td>11,75 (6,4) días</td></tr> <tr><td>Demora Gastroscopia (DE)</td><td>10,1 (7,2) horas</td></tr> <tr><td>Número Gastroscopias</td><td> <ul style="list-style-type: none"> 0-1: 58,1% 2: 33,3% ≥3: 8,6% </td></tr> <tr><td>Recidiva Hemorrágica</td><td>16,2%</td></tr> <tr><td>Intervención Quirúrgica</td><td>1,7%</td></tr> <tr><td>Radiología Vascular</td><td>19,2%</td></tr> <tr><td>Necesidad de transfusión</td><td>57,9%</td></tr> <tr><td>Complicaciones graves</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Global: 15,5% Cardiorrespiratorias: 32,6% Renal/Diálisis: 9,3% Bacteriemia: 16,3% Neurológicas/EH: 25,6% Tromboembólicas: 2,3% Necesidad de UCI: 14% </td></tr> <tr><td>Mortalidad</td><td>10,7%</td></tr> </tbody> </table>	Edad media	61,3 (11,3) años	Sexo	77,3%/22,7%	Fin de semana	36,8%	Origen de la Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> HDA por varices esofágicas: 86,7% HDA por varices gástricas: 12,9% HDA varices ectópicas: 0,4% 	Etiología Cirrosis	<ul style="list-style-type: none"> Alcohol: 55,7% VHB: 1,9% VHC: 15,2% Metabólica: 9,5% Otros/Mixta: 17,6% 	Análitica (DE)	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina (gr/dl): 9, (2,4) Plaquetas (: 141 (92) INR: 1,4 (0,8) Creatinina (mg/dl): 1,1 (0,91) Urea (mg/dl): 63,8 (37,6) Albumina: 2,9 (0,5) Bilirrubina (mg/dl): 2,3 (2,8) 	Child-Pugh-Turcotte (CPT)	<ul style="list-style-type: none"> CPT A: 23,6% CPT B: 52,3% CPT C: 24,1% 	MELD	12,8 (5,1)	Carcinoma Hepatocelular	16,5%	Trombosis	21,3%	Inestabilidad Hemodinámica	30,2%	Estancia Media (DE)	11,75 (6,4) días	Demora Gastroscopia (DE)	10,1 (7,2) horas	Número Gastroscopias	<ul style="list-style-type: none"> 0-1: 58,1% 2: 33,3% ≥3: 8,6% 	Recidiva Hemorrágica	16,2%	Intervención Quirúrgica	1,7%	Radiología Vascular	19,2%	Necesidad de transfusión	57,9%	Complicaciones graves	<ul style="list-style-type: none"> Global: 15,5% Cardiorrespiratorias: 32,6% Renal/Diálisis: 9,3% Bacteriemia: 16,3% Neurológicas/EH: 25,6% Tromboembólicas: 2,3% Necesidad de UCI: 14% 	Mortalidad	10,7%																																																																																																																										
Edad media	61,3 (11,3) años																																																																																																																																																																			
Sexo	77,3%/22,7%																																																																																																																																																																			
Fin de semana	36,8%																																																																																																																																																																			
Origen de la Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> HDA por varices esofágicas: 86,7% HDA por varices gástricas: 12,9% HDA varices ectópicas: 0,4% 																																																																																																																																																																			
Etiología Cirrosis	<ul style="list-style-type: none"> Alcohol: 55,7% VHB: 1,9% VHC: 15,2% Metabólica: 9,5% Otros/Mixta: 17,6% 																																																																																																																																																																			
Análitica (DE)	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina (gr/dl): 9, (2,4) Plaquetas (: 141 (92) INR: 1,4 (0,8) Creatinina (mg/dl): 1,1 (0,91) Urea (mg/dl): 63,8 (37,6) Albumina: 2,9 (0,5) Bilirrubina (mg/dl): 2,3 (2,8) 																																																																																																																																																																			
Child-Pugh-Turcotte (CPT)	<ul style="list-style-type: none"> CPT A: 23,6% CPT B: 52,3% CPT C: 24,1% 																																																																																																																																																																			
MELD	12,8 (5,1)																																																																																																																																																																			
Carcinoma Hepatocelular	16,5%																																																																																																																																																																			
Trombosis	21,3%																																																																																																																																																																			
Inestabilidad Hemodinámica	30,2%																																																																																																																																																																			
Estancia Media (DE)	11,75 (6,4) días																																																																																																																																																																			
Demora Gastroscopia (DE)	10,1 (7,2) horas																																																																																																																																																																			
Número Gastroscopias	<ul style="list-style-type: none"> 0-1: 58,1% 2: 33,3% ≥3: 8,6% 																																																																																																																																																																			
Recidiva Hemorrágica	16,2%																																																																																																																																																																			
Intervención Quirúrgica	1,7%																																																																																																																																																																			
Radiología Vascular	19,2%																																																																																																																																																																			
Necesidad de transfusión	57,9%																																																																																																																																																																			
Complicaciones graves	<ul style="list-style-type: none"> Global: 15,5% Cardiorrespiratorias: 32,6% Renal/Diálisis: 9,3% Bacteriemia: 16,3% Neurológicas/EH: 25,6% Tromboembólicas: 2,3% Necesidad de UCI: 14% 																																																																																																																																																																			
Mortalidad	10,7%																																																																																																																																																																			



Tabla 3	Características de los pacientes con hemorragia digestiva baja	<table border="1"> <tr><td>Edad media</td><td>76,1 (12,3)</td></tr> <tr><td>Sexo</td><td>51,6(48,4)</td></tr> <tr><td>Fin de semana</td><td>33,6%</td></tr> <tr><td>Origen de la Hemorragia</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • Divertículos colónicos: 42,5% • Post-Polipsectomía: 11,6% • Neoplasias: 8% • Anorrectal: 8,4% • Colitis Isquémica: 7,5% • EICCI: 2,1% • Otros: 19,9% </td></tr> <tr><td>Inestabilidad Hemodinámica</td><td>11,5%</td></tr> <tr><td>Estancia Media (DE)</td><td>6,3 (4,2)</td></tr> <tr><td>Demora Colonoscopia (DE)</td><td>10,1 (7,2) horas</td></tr> <tr><td>Número Colonoscopias</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • 0-1: 92,5% • 2: 6,8% • ≥3: 0,7% </td></tr> <tr><td>Número TC/Exp. Radiológicas</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • 0-1: 93% • 2: 5,4% • ≥3: 1,1% </td></tr> <tr><td>Recidiva Hemorrágica</td><td>7,6%</td></tr> <tr><td>Intervención Quirúrgica</td><td>1,2%</td></tr> <tr><td>Radiología Vasculár</td><td>1,2%</td></tr> <tr><td>Necesidad de transfusión</td><td>44,6%</td></tr> <tr><td>Complicaciones graves</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • Global: 9,6% • Cardiorrespiratorias: 46,1% • Renal/Dialisis: 24,3% • Bacteriemia: 13,9% • Neurológicas/EH: 7% • Tromboembólicas: 7% • Necesidad de UCI: 1,7% </td></tr> <tr><td>Mortalidad</td><td>3,2%</td></tr> </table>	Edad media	76,1 (12,3)	Sexo	51,6(48,4)	Fin de semana	33,6%	Origen de la Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Divertículos colónicos: 42,5% • Post-Polipsectomía: 11,6% • Neoplasias: 8% • Anorrectal: 8,4% • Colitis Isquémica: 7,5% • EICCI: 2,1% • Otros: 19,9% 	Inestabilidad Hemodinámica	11,5%	Estancia Media (DE)	6,3 (4,2)	Demora Colonoscopia (DE)	10,1 (7,2) horas	Número Colonoscopias	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1: 92,5% • 2: 6,8% • ≥3: 0,7% 	Número TC/Exp. Radiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1: 93% • 2: 5,4% • ≥3: 1,1% 	Recidiva Hemorrágica	7,6%	Intervención Quirúrgica	1,2%	Radiología Vasculár	1,2%	Necesidad de transfusión	44,6%	Complicaciones graves	<ul style="list-style-type: none"> • Global: 9,6% • Cardiorrespiratorias: 46,1% • Renal/Dialisis: 24,3% • Bacteriemia: 13,9% • Neurológicas/EH: 7% • Tromboembólicas: 7% • Necesidad de UCI: 1,7% 	Mortalidad	3,2%
		Edad media	76,1 (12,3)																													
Sexo	51,6(48,4)																															
Fin de semana	33,6%																															
Origen de la Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Divertículos colónicos: 42,5% • Post-Polipsectomía: 11,6% • Neoplasias: 8% • Anorrectal: 8,4% • Colitis Isquémica: 7,5% • EICCI: 2,1% • Otros: 19,9% 																															
Inestabilidad Hemodinámica	11,5%																															
Estancia Media (DE)	6,3 (4,2)																															
Demora Colonoscopia (DE)	10,1 (7,2) horas																															
Número Colonoscopias	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1: 92,5% • 2: 6,8% • ≥3: 0,7% 																															
Número TC/Exp. Radiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1: 93% • 2: 5,4% • ≥3: 1,1% 																															
Recidiva Hemorrágica	7,6%																															
Intervención Quirúrgica	1,2%																															
Radiología Vasculár	1,2%																															
Necesidad de transfusión	44,6%																															
Complicaciones graves	<ul style="list-style-type: none"> • Global: 9,6% • Cardiorrespiratorias: 46,1% • Renal/Dialisis: 24,3% • Bacteriemia: 13,9% • Neurológicas/EH: 7% • Tromboembólicas: 7% • Necesidad de UCI: 1,7% 																															
Mortalidad	3,2%																															

Resultados:

Se analizaron 3.046 episodios de hemorragia digestiva, de los cuales el 34,8% ocurrieron en fin de semana. La edad media fue de 70,9 años y el 61,2% fueron varones. La mortalidad global a 30 días fue del 4,8% y la tasa de complicaciones graves del 13,2%. No se observaron diferencias significativas entre ingresos en fin de semana y entre semana en mortalidad, complicaciones graves, necesidad de cirugía o radiología vascular ni estancia hospitalaria.

En el análisis por subgrupos, la hemorragia digestiva baja mostró una mayor tasa de recidiva hemorrágica en los ingresos de fin de semana (9,8% vs. 6,4%; p=0,038), sin impacto en mortalidad ni complicaciones graves. En la hemorragia digestiva de origen oscuro, las complicaciones graves fueron más frecuentes en ingresos en días laborables (20,3% vs. 10,2%; p=0,045), sin diferencias en mortalidad.

Nombre	Pie	Previsualizar																																																		
Tabla 4	Resultados hemorragia digestiva alta varicosa	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Hemorragia Digestiva Alta Varicosa (HDAV)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Global</th> <th>FdS</th> <th>No FdS</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Estancia Media (días)</td><td>11,7 (6,4)</td><td>11,7 (6,5)</td><td>11,7 (6,3)</td><td>0,99</td></tr> <tr><td>Demora gastroscopia (horas)</td><td>10,1 (7,2)</td><td>10,8 (7,4)</td><td>9,6 (7,1)</td><td>0,17</td></tr> <tr><td>Recidiva Hemorrágica (%)</td><td>16,2</td><td>17,7</td><td>15,3</td><td>0,58</td></tr> <tr><td>Intervención Quirúrgica (%)</td><td>1,7</td><td>0</td><td>2,7</td><td>0,08</td></tr> <tr><td>Radiología Vasculár (%)</td><td>19,2</td><td>21,4</td><td>17,9</td><td>0,45</td></tr> <tr><td>Necesidad de transfusión (%)</td><td>57,7</td><td>59,8</td><td>56,8</td><td>0,62</td></tr> <tr><td>Complicaciones graves (%)</td><td>15,4</td><td>17,7</td><td>14,1</td><td>0,40</td></tr> <tr><td>Mortalidad (%)</td><td>10,6</td><td>11,2</td><td>10,3</td><td>0,81</td></tr> </tbody> </table>	Hemorragia Digestiva Alta Varicosa (HDAV)						Global	FdS	No FdS	p	Estancia Media (días)	11,7 (6,4)	11,7 (6,5)	11,7 (6,3)	0,99	Demora gastroscopia (horas)	10,1 (7,2)	10,8 (7,4)	9,6 (7,1)	0,17	Recidiva Hemorrágica (%)	16,2	17,7	15,3	0,58	Intervención Quirúrgica (%)	1,7	0	2,7	0,08	Radiología Vasculár (%)	19,2	21,4	17,9	0,45	Necesidad de transfusión (%)	57,7	59,8	56,8	0,62	Complicaciones graves (%)	15,4	17,7	14,1	0,40	Mortalidad (%)	10,6	11,2	10,3	0,81
Hemorragia Digestiva Alta Varicosa (HDAV)																																																				
	Global	FdS	No FdS	p																																																
Estancia Media (días)	11,7 (6,4)	11,7 (6,5)	11,7 (6,3)	0,99																																																
Demora gastroscopia (horas)	10,1 (7,2)	10,8 (7,4)	9,6 (7,1)	0,17																																																
Recidiva Hemorrágica (%)	16,2	17,7	15,3	0,58																																																
Intervención Quirúrgica (%)	1,7	0	2,7	0,08																																																
Radiología Vasculár (%)	19,2	21,4	17,9	0,45																																																
Necesidad de transfusión (%)	57,7	59,8	56,8	0,62																																																
Complicaciones graves (%)	15,4	17,7	14,1	0,40																																																
Mortalidad (%)	10,6	11,2	10,3	0,81																																																
Tabla 5	Resultados hemorragia digestiva baja	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Hemorragia Digestiva Baja</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Global</th> <th>FdS</th> <th>No FdS</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Estancia Media (días)</td><td>6,3</td><td>6,3</td><td>6,3</td><td>0,96</td></tr> <tr><td>Demora Colonoscopia (horas)</td><td>41,83</td><td>48,7</td><td>38,3</td><td>0,001</td></tr> <tr><td>Recidiva Hemorrágica (%)</td><td>7,6</td><td>9,8</td><td>6,4</td><td>0,038</td></tr> <tr><td>Intervención Quirúrgica (%)</td><td>1,2</td><td>0,7</td><td>1,4</td><td>0,26</td></tr> <tr><td>Radiología Vasculár (%)</td><td>1,2</td><td>0,7</td><td>1,4</td><td>0,26</td></tr> <tr><td>Necesidad de transfusión (%)</td><td>44,6</td><td>44,4</td><td>44,7</td><td>0,92</td></tr> <tr><td>Complicaciones graves (%)</td><td>9,6</td><td>11,1</td><td>8,9</td><td>0,24</td></tr> <tr><td>Mortalidad (%)</td><td>3,2</td><td>2,7</td><td>3,3</td><td>0,53</td></tr> </tbody> </table>	Hemorragia Digestiva Baja						Global	FdS	No FdS	p	Estancia Media (días)	6,3	6,3	6,3	0,96	Demora Colonoscopia (horas)	41,83	48,7	38,3	0,001	Recidiva Hemorrágica (%)	7,6	9,8	6,4	0,038	Intervención Quirúrgica (%)	1,2	0,7	1,4	0,26	Radiología Vasculár (%)	1,2	0,7	1,4	0,26	Necesidad de transfusión (%)	44,6	44,4	44,7	0,92	Complicaciones graves (%)	9,6	11,1	8,9	0,24	Mortalidad (%)	3,2	2,7	3,3	0,53
Hemorragia Digestiva Baja																																																				
	Global	FdS	No FdS	p																																																
Estancia Media (días)	6,3	6,3	6,3	0,96																																																
Demora Colonoscopia (horas)	41,83	48,7	38,3	0,001																																																
Recidiva Hemorrágica (%)	7,6	9,8	6,4	0,038																																																
Intervención Quirúrgica (%)	1,2	0,7	1,4	0,26																																																
Radiología Vasculár (%)	1,2	0,7	1,4	0,26																																																
Necesidad de transfusión (%)	44,6	44,4	44,7	0,92																																																
Complicaciones graves (%)	9,6	11,1	8,9	0,24																																																
Mortalidad (%)	3,2	2,7	3,3	0,53																																																
Tabla 6	Resultados hemorragia digestiva origen oscuro	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Hemorragia Digestiva de Origen Oscuro</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Global</th> <th>FdS</th> <th>No FdS</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Estancia Media (días)</td><td>8,5</td><td>7,8</td><td>8,9</td><td>0,55</td></tr> <tr><td>Demora Endoscopia (horas)</td><td>31,7</td><td>33,6</td><td>30,5</td><td>0,15</td></tr> <tr><td>Recidiva Hemorrágica (%)</td><td>10,6</td><td>11,3</td><td>10,2</td><td>0,78</td></tr> <tr><td>Intervención Quirúrgica (%)</td><td>0,4</td><td>0,1</td><td>0</td><td>0,19</td></tr> <tr><td>Radiología Vasculár (%)</td><td>0,8</td><td>0</td><td>1,3</td><td>0,27</td></tr> <tr><td>Necesidad de transfusión (%)</td><td>71,1</td><td>68,1</td><td>72,7</td><td>0,45</td></tr> <tr><td>Complicaciones graves (%)</td><td>16,5</td><td>10,2</td><td>20,3</td><td>0,045</td></tr> <tr><td>Mortalidad (%)</td><td>4,6</td><td>2,2</td><td>6,1</td><td>0,18</td></tr> </tbody> </table>	Hemorragia Digestiva de Origen Oscuro						Global	FdS	No FdS	p	Estancia Media (días)	8,5	7,8	8,9	0,55	Demora Endoscopia (horas)	31,7	33,6	30,5	0,15	Recidiva Hemorrágica (%)	10,6	11,3	10,2	0,78	Intervención Quirúrgica (%)	0,4	0,1	0	0,19	Radiología Vasculár (%)	0,8	0	1,3	0,27	Necesidad de transfusión (%)	71,1	68,1	72,7	0,45	Complicaciones graves (%)	16,5	10,2	20,3	0,045	Mortalidad (%)	4,6	2,2	6,1	0,18
Hemorragia Digestiva de Origen Oscuro																																																				
	Global	FdS	No FdS	p																																																
Estancia Media (días)	8,5	7,8	8,9	0,55																																																
Demora Endoscopia (horas)	31,7	33,6	30,5	0,15																																																
Recidiva Hemorrágica (%)	10,6	11,3	10,2	0,78																																																
Intervención Quirúrgica (%)	0,4	0,1	0	0,19																																																
Radiología Vasculár (%)	0,8	0	1,3	0,27																																																
Necesidad de transfusión (%)	71,1	68,1	72,7	0,45																																																
Complicaciones graves (%)	16,5	10,2	20,3	0,045																																																
Mortalidad (%)	4,6	2,2	6,1	0,18																																																
Tabla 7	Resultados hemorragia digestiva de origen en intestino delgado	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Hemorragia Digestiva de Origen en Intestino Delgado</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Global</th> <th>FdS</th> <th>No FdS</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Estancia Media (días)</td><td>13</td><td>13,1</td><td>12,8</td><td>0,91</td></tr> <tr><td>Demora Endoscopia (horas)</td><td>43,7</td><td>51,8</td><td>40,1</td><td>0,022</td></tr> <tr><td>Recidiva Hemorrágica (%)</td><td>28,1</td><td>28,5</td><td>27,7</td><td>0,94</td></tr> <tr><td>Intervención Quirúrgica (%)</td><td>17,5</td><td>4,7</td><td>25</td><td>0,053</td></tr> <tr><td>Radiología Vasculár (%)</td><td>15,7</td><td>23,8</td><td>11,1</td><td>0,20</td></tr> <tr><td>Necesidad de transfusión (%)</td><td>78,9</td><td>71,4</td><td>83,3</td><td>0,28</td></tr> <tr><td>Complicaciones graves (%)</td><td>17,5</td><td>9,5</td><td>22,2</td><td>0,22</td></tr> <tr><td>Mortalidad (%)</td><td>8,7</td><td>4,7</td><td>11,1</td><td>0,41</td></tr> </tbody> </table>	Hemorragia Digestiva de Origen en Intestino Delgado						Global	FdS	No FdS	p	Estancia Media (días)	13	13,1	12,8	0,91	Demora Endoscopia (horas)	43,7	51,8	40,1	0,022	Recidiva Hemorrágica (%)	28,1	28,5	27,7	0,94	Intervención Quirúrgica (%)	17,5	4,7	25	0,053	Radiología Vasculár (%)	15,7	23,8	11,1	0,20	Necesidad de transfusión (%)	78,9	71,4	83,3	0,28	Complicaciones graves (%)	17,5	9,5	22,2	0,22	Mortalidad (%)	8,7	4,7	11,1	0,41
Hemorragia Digestiva de Origen en Intestino Delgado																																																				
	Global	FdS	No FdS	p																																																
Estancia Media (días)	13	13,1	12,8	0,91																																																
Demora Endoscopia (horas)	43,7	51,8	40,1	0,022																																																
Recidiva Hemorrágica (%)	28,1	28,5	27,7	0,94																																																
Intervención Quirúrgica (%)	17,5	4,7	25	0,053																																																
Radiología Vasculár (%)	15,7	23,8	11,1	0,20																																																
Necesidad de transfusión (%)	78,9	71,4	83,3	0,28																																																
Complicaciones graves (%)	17,5	9,5	22,2	0,22																																																
Mortalidad (%)	8,7	4,7	11,1	0,41																																																

Conclusiones:

En esta cohorte, el ingreso hospitalario durante el fin de semana no se asoció a un peor pronóstico global en pacientes con hemorragia digestiva. No se evidenció un “efecto fin de semana” en términos de mortalidad, complicaciones graves ni necesidad de intervenciones terapéuticas de rescate. Las diferencias observadas en subgrupos concretos no se tradujeron en un impacto clínico relevante. Estos hallazgos sugieren una atención asistencial homogénea a lo largo de la semana y refuerzan la importancia de la organización hospitalaria para garantizar la equidad en la atención urgente.



OB015 - SCORES PREENDOSCÓPICOS EN LA HEMORRAGIA POST-ESFINTEROTOMÍA: ¿CUÁLES FUNCIONAN?

Presenta: Ana Lancho Muñoz

Lancho Muñoz, A¹; Molina Cortés, P¹; López Vico, M²; Martínez Cara, JG¹; Fernández García, R¹; Redondo Cerezo, E¹; Jiménez Rosales, R¹

¹Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada. ²Digestivo. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Motril, Granada.

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA) post-esfinterotomía endoscópica constituye una complicación relevante con un espectro clínico heterogéneo que oscila desde episodios autolimitados hasta cuadros potencialmente graves. La identificación precoz de pacientes con mayor probabilidad de evolución desfavorable permitiría optimizar la toma de decisiones, evitando ingresos innecesarios o retrasos terapéuticos. Existen scores preendoscópicos validados en la HDA ; sin embargo, su utilidad en la HDA post-esfinterotomía no está claramente establecida. El objetivo del estudio fue evaluar el rendimiento de distintos scores en la identificación de HDA post-esfinterotomía clínicamente significativa y explorar puntos de corte óptimos mediante curvas ROC.

Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de 1811 pacientes con HDA atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (2013-2024). Se analizaron 51 pacientes con HDA post-esfinterotomía, cuyas características se muestran en la tabla 1. La HDA post-esfinterotomía clínicamente significativa se definió como aquella que requiere transfusión de >2 concentrados de hematíes, ingreso en de cuidados intensivos y/o tratamientos adicionales, incluida cirugía.

El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS versión 26. Las variables categóricas se compararon mediante Chi-cuadrado o test de Fisher. La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó con Shapiro-Wilk y la homogeneidad de varianzas con Levene, aplicándose t de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Se evaluaron los scores Glasgow-Blatchford (GBS), AIMS65, ABC, Rockall y MAPASH mediante curvas ROC, calculándose el bajo la curva (AUC). Para el score con mejor aplicabilidad clínica se estimó el punto de corte óptimo utilizando el índice de Youden.

Resultados:

El 43,1 % de los pacientes presentó HDA clínicamente significativa. Los scores GBS, Rockall y MAPASH fueron significativamente más elevados en estos pacientes, mientras que AIMS65 y ABC no mostraron diferencias relevantes como muestra la tabla 1. En el análisis ROC, como se muestra en la figura 1, AIMS65 y ABC presentaron una capacidad discriminativa pobre, próxima al azar. El GBS mostró una discriminación moderada, mientras que MAPASH y Rockall mostraron el mejor rendimiento global. Finalmente, mediante curvas ROC se identificaron puntos de corte óptimos para GBS, MAPASH y Rockall, que mostraron el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad en la predicción de HDA clínicamente significativa según el índice de Youden como muestra la figura 1.



Nombre	Pie	Previsualizar																																																																												
Tabla 1	Características de los pacientes con HDA post-esfinterotomía clínicamente significativa respecto a los pacientes con HDA post-esfinterotomía no clínicamente significativa.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>HDAP clínicamente significativa (n=22)</th> <th>No HDAP clínicamente significativa (n=29)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad</td> <td>62 ±14,24</td> <td>77±7,32</td> <td>0,162</td> </tr> <tr> <td>Sexo masculino</td> <td>45,5%</td> <td>44,8%</td> <td>0,96</td> </tr> <tr> <td>Cirrosis hepática</td> <td>13,6%</td> <td>3,4%</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>ASA >2</td> <td>68,2%</td> <td>55,2%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>Antiagregación</td> <td>22,7%</td> <td>13,8%</td> <td>0,47</td> </tr> <tr> <td>Anticoagulación</td> <td>18,2%</td> <td>24,1%</td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td>TAS</td> <td>106 ±15,89</td> <td>122,86 ± 25,8</td> <td>0,016</td> </tr> <tr> <td>FC</td> <td>89,14 ± 22,53</td> <td>87,76 ± 22,54</td> <td>0,69</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobina</td> <td>8,71± 1,63</td> <td>10,24±2,53</td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>Plaquetas</td> <td>219772 ± 90735</td> <td>275827±75054</td> <td>0,02</td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td>1,18 ±0,91</td> <td>0,86 ±0,24</td> <td>0,07</td> </tr> <tr> <td>Glasgow-Blatchford</td> <td>11,68±3,69</td> <td>8,28± 4,99</td> <td>0,17</td> </tr> <tr> <td>Rockall</td> <td>6,27 ± 1,78</td> <td>4,83 ± 1,44</td> <td>0,03</td> </tr> <tr> <td>MAPASH</td> <td>3,69 ± 1,54</td> <td>2,15 ±1,66</td> <td>0,006</td> </tr> <tr> <td>ABC</td> <td>4,38 ± 2,44</td> <td>3,77 ±2,47</td> <td>0,426</td> </tr> <tr> <td>AIMS65</td> <td>1,47±1,07</td> <td>1,38±0,8</td> <td>0,88</td> </tr> <tr> <td>Estancia hospitalaria</td> <td>16,14 ±10</td> <td>10,62±6,4</td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad aguda</td> <td>18,2%</td> <td>0%</td> <td>0,03</td> </tr> </tbody> </table>		HDAP clínicamente significativa (n=22)	No HDAP clínicamente significativa (n=29)	p	Edad	62 ±14,24	77±7,32	0,162	Sexo masculino	45,5%	44,8%	0,96	Cirrosis hepática	13,6%	3,4%	0,3	ASA >2	68,2%	55,2%	0,4	Antiagregación	22,7%	13,8%	0,47	Anticoagulación	18,2%	24,1%	0,73	TAS	106 ±15,89	122,86 ± 25,8	0,016	FC	89,14 ± 22,53	87,76 ± 22,54	0,69	Hemoglobina	8,71± 1,63	10,24±2,53	0,05	Plaquetas	219772 ± 90735	275827±75054	0,02	Creatinina	1,18 ±0,91	0,86 ±0,24	0,07	Glasgow-Blatchford	11,68±3,69	8,28± 4,99	0,17	Rockall	6,27 ± 1,78	4,83 ± 1,44	0,03	MAPASH	3,69 ± 1,54	2,15 ±1,66	0,006	ABC	4,38 ± 2,44	3,77 ±2,47	0,426	AIMS65	1,47±1,07	1,38±0,8	0,88	Estancia hospitalaria	16,14 ±10	10,62±6,4	0,05	Mortalidad aguda	18,2%	0%	0,03
	HDAP clínicamente significativa (n=22)	No HDAP clínicamente significativa (n=29)	p																																																																											
Edad	62 ±14,24	77±7,32	0,162																																																																											
Sexo masculino	45,5%	44,8%	0,96																																																																											
Cirrosis hepática	13,6%	3,4%	0,3																																																																											
ASA >2	68,2%	55,2%	0,4																																																																											
Antiagregación	22,7%	13,8%	0,47																																																																											
Anticoagulación	18,2%	24,1%	0,73																																																																											
TAS	106 ±15,89	122,86 ± 25,8	0,016																																																																											
FC	89,14 ± 22,53	87,76 ± 22,54	0,69																																																																											
Hemoglobina	8,71± 1,63	10,24±2,53	0,05																																																																											
Plaquetas	219772 ± 90735	275827±75054	0,02																																																																											
Creatinina	1,18 ±0,91	0,86 ±0,24	0,07																																																																											
Glasgow-Blatchford	11,68±3,69	8,28± 4,99	0,17																																																																											
Rockall	6,27 ± 1,78	4,83 ± 1,44	0,03																																																																											
MAPASH	3,69 ± 1,54	2,15 ±1,66	0,006																																																																											
ABC	4,38 ± 2,44	3,77 ±2,47	0,426																																																																											
AIMS65	1,47±1,07	1,38±0,8	0,88																																																																											
Estancia hospitalaria	16,14 ±10	10,62±6,4	0,05																																																																											
Mortalidad aguda	18,2%	0%	0,03																																																																											
Figura 1	Curvas ROC de los scores endoscópicos con las áreas bajo la curva (AUC) y los puntos de corte calculados mediante índice de Youden con sus respectivas sensibilidades y especificidades.																																																																													

Conclusiones:

En nuestra cohorte, casi la mitad de los episodios de HDA post-esfinterotomía fueron clínicamente significativos, con un elevado consumo de recursos sanitarios. No todos los scores preendoscópicos mostraron un rendimiento adecuado en este contexto, destacando MAPASH y Rockall como los modelos con mejor capacidad discriminativa, frente al pobre comportamiento de AIMS65 y ABC. La adaptación de puntos de corte específicos podría mejorar la estratificación precoz del riesgo y optimizar la toma de decisiones iniciales, si bien son necesarios estudios de validación externa.



OB016 - INGRESO EN UCI EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS SEGÚN EL MOMENTO DE INGRESO

Presenta: Ana Lancho Muñoz

Lancho Muñoz, A; López Tobaruela, JM; Molina Cortés, P; Fernández García, R; López Vico, M; Martínez Cara, JG; Redondo Cerezo, E; Jiménez Rosales, R

Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA) continúa siendo una de las urgencias gastroenterológicas más frecuentes y con mayor morbimortalidad. Aunque la mayoría de los pacientes evolucionan favorablemente con manejo estándar, un subgrupo requiere ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI), bien desde el episodio inicial por inestabilidad clínica, bien de forma diferida tras resangrado. Estas diferentes trayectorias clínicas reflejan probablemente perfiles de gravedad distintos y pueden asociarse a desenlaces dispares y a un consumo desigual de recursos sanitarios.

El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas, el manejo terapéutico y la evolución de los pacientes con HDA según la necesidad y el momento de ingreso en UCI.

Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de 1811 pacientes con HDA atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (2013-2024). Los pacientes se clasificaron en tres grupos: no ingreso en UCI (n=1441), ingreso en UCI en el episodio índice (n=309) e ingreso en UCI tras resangrado (n=20). Se compararon variables basales, parámetros clínicos al ingreso, abordaje endoscópico y necesidad de recursos, así como evolución clínica tras el evento a estudio. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar y las categóricas como frecuencia y porcentaje. El análisis se realizó con SPSS versión 26 mediante pruebas de comparación de medias y Chi² o test exacto de Fisher según correspondiera. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados:

El 79,6% de los pacientes no precisó UCI, el 15,6% ingresó en UCI en el episodio índice y el 1,1% requirió ingreso diferido tras resangrado. Los pacientes con UCI inicial eran más jóvenes (60,2 \pm 14 vs 65,4 \pm 16 años), con mayor prevalencia de cirrosis (44% vs 19,8%) y mayor proporción de HDA de origen varicoso (30,8% vs 11,3%). Presentaban mayor compromiso hemodinámico al ingreso, con menor tensión arterial sistólica (99,6 \pm 22,8 vs 116,5 \pm 23,1 mmHg), mayor frecuencia cardíaca (96,3 \pm 21,9 vs 86,4 \pm 18,3 lpm) y menor hemoglobina (8,35 \pm 2,1 vs 9,28 \pm 2,9 g/dL).

El grupo con ingreso diferido en UCI, peso a su baja frecuencia concentró la mayor mortalidad aguda y necesidad de intervenciones invasivas destacando: repetición endoscópica en 65%, transfusión >2 concentrados en 80% y cirugía en 40% de los pacientes.

La mortalidad aguda fue significativamente superior en los grupos con UCI (30,8% en UCI inicial y 42% en UCI tras resangrado vs 5,5% en no UCI). Asimismo, las complicaciones fueron mayor en UCI tras resangrado (65%) y UCI índice (42,4%) frente a no UCI (10%), requirieron paralelamente mayor estancia hospitalaria.



Nombre	Pie	Previsualizar																																																																																															
Tabla 1	Comparación de variables demográficas, comorbilidades y parámetros clínico-analíticos iniciales en pacientes con hemorragia digestiva alta clasificados según necesidad y momento de ingreso en UCI.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No ingreso en UCI (n=1441)</th> <th>Ingreso en UCI sangrado índice (n=309)</th> <th>Ingreso en UCI resangrado (n=20)</th> <th>P valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad (años)</td> <td>65,42 ± 16,51</td> <td>60,16 ± 13,98</td> <td>62,25 ± 10,8</td> <td>0,16 x 10⁻⁷</td> </tr> <tr> <td>Sexo varón</td> <td>978 (67,9%)</td> <td>211 (68,3%)</td> <td>15 (75%)</td> <td>0,86</td> </tr> <tr> <td>Antecedentes de sangrado digestivo</td> <td>308 (21,4%)</td> <td>86 (27,9%)</td> <td>5 (25%)</td> <td>0,35</td> </tr> <tr> <td>EPOC</td> <td>141 (9,8%)</td> <td>38 (12,3%)</td> <td>1 (5%)</td> <td>0,31</td> </tr> <tr> <td>ERC</td> <td>203 (14,1%)</td> <td>30 (9,7%)</td> <td>3 (15%)</td> <td>0,12</td> </tr> <tr> <td>Cardiopatía</td> <td>143 (10%)</td> <td>32 (10,4%)</td> <td>1 (5%)</td> <td>0,94</td> </tr> <tr> <td>Cirrosis</td> <td>286 (19,8%)</td> <td>136 (44%)</td> <td>5 (25%)</td> <td>0,25 x 10⁻¹⁷</td> </tr> <tr> <td>ASA > II</td> <td>845 (58,7%)</td> <td>244 (79%)</td> <td>14 (70%)</td> <td>0,16 x 10⁻⁹</td> </tr> <tr> <td>Anticoagulación</td> <td>336 (23,5%)</td> <td>60 (19,5%)</td> <td>3 (15%)</td> <td>0,53</td> </tr> <tr> <td>Antiagregación</td> <td>290(20,1%)</td> <td>35 (11,3%)</td> <td>4 (20%)</td> <td>0,001</td> </tr> <tr> <td>IBPs</td> <td>495 (37,6%)</td> <td>147 (51%)</td> <td>7 (43,8%)</td> <td>0,001</td> </tr> <tr> <td>Hematemesis</td> <td>622 (43,2%)</td> <td>22 (7,2,8%)</td> <td>11 (55%)</td> <td>0,86 x 10⁻²⁰</td> </tr> <tr> <td>Melenas</td> <td>1091 (75,7%)</td> <td>176 (57,1%)</td> <td>13 (65%)</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>Origen varicoso</td> <td>163 (11,3%)</td> <td>95 (30,8%)</td> <td>3 (15%)</td> <td>0,38 x 10⁻¹⁶</td> </tr> <tr> <td>TAS (mmHg)</td> <td>116,5 ± 23,11</td> <td>99,57 ± 22,84</td> <td>112,8 ± 25,42</td> <td>0,132x10⁻²⁷</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia cardiaca (lpm)</td> <td>86,36 ± 18,27</td> <td>96,34 ± 21,88</td> <td>89,1 ± 22,1</td> <td>0,81 x 10⁻¹³</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobina (mg/dl)</td> <td>9,28 ± 2,91</td> <td>8,35 ± 2,1</td> <td>8 ± 2,67</td> <td>0,6 x 10⁻⁶</td> </tr> <tr> <td>Plaquetas (/u)</td> <td>221567 ± 112781</td> <td>177637 ± 116560</td> <td>200650 ± 121632</td> <td>0,24 x 10⁻¹⁴</td> </tr> </tbody> </table> <p>UCI (Unidad de Cuidados Intensivos); ERC (Enfermedad Renal Crónica); IBPs (Inhibidores de la Bomba de Protones); TAS (Tensión Arterial Sistólica); FC (Frecuencia cardiaca)</p>		No ingreso en UCI (n=1441)	Ingreso en UCI sangrado índice (n=309)	Ingreso en UCI resangrado (n=20)	P valor	Edad (años)	65,42 ± 16,51	60,16 ± 13,98	62,25 ± 10,8	0,16 x 10 ⁻⁷	Sexo varón	978 (67,9%)	211 (68,3%)	15 (75%)	0,86	Antecedentes de sangrado digestivo	308 (21,4%)	86 (27,9%)	5 (25%)	0,35	EPOC	141 (9,8%)	38 (12,3%)	1 (5%)	0,31	ERC	203 (14,1%)	30 (9,7%)	3 (15%)	0,12	Cardiopatía	143 (10%)	32 (10,4%)	1 (5%)	0,94	Cirrosis	286 (19,8%)	136 (44%)	5 (25%)	0,25 x 10 ⁻¹⁷	ASA > II	845 (58,7%)	244 (79%)	14 (70%)	0,16 x 10 ⁻⁹	Anticoagulación	336 (23,5%)	60 (19,5%)	3 (15%)	0,53	Antiagregación	290(20,1%)	35 (11,3%)	4 (20%)	0,001	IBPs	495 (37,6%)	147 (51%)	7 (43,8%)	0,001	Hematemesis	622 (43,2%)	22 (7,2,8%)	11 (55%)	0,86 x 10 ⁻²⁰	Melenas	1091 (75,7%)	176 (57,1%)	13 (65%)	0,2	Origen varicoso	163 (11,3%)	95 (30,8%)	3 (15%)	0,38 x 10 ⁻¹⁶	TAS (mmHg)	116,5 ± 23,11	99,57 ± 22,84	112,8 ± 25,42	0,132x10 ⁻²⁷	Frecuencia cardiaca (lpm)	86,36 ± 18,27	96,34 ± 21,88	89,1 ± 22,1	0,81 x 10 ⁻¹³	Hemoglobina (mg/dl)	9,28 ± 2,91	8,35 ± 2,1	8 ± 2,67	0,6 x 10 ⁻⁶	Plaquetas (/u)	221567 ± 112781	177637 ± 116560	200650 ± 121632	0,24 x 10 ⁻¹⁴
	No ingreso en UCI (n=1441)	Ingreso en UCI sangrado índice (n=309)	Ingreso en UCI resangrado (n=20)	P valor																																																																																													
Edad (años)	65,42 ± 16,51	60,16 ± 13,98	62,25 ± 10,8	0,16 x 10 ⁻⁷																																																																																													
Sexo varón	978 (67,9%)	211 (68,3%)	15 (75%)	0,86																																																																																													
Antecedentes de sangrado digestivo	308 (21,4%)	86 (27,9%)	5 (25%)	0,35																																																																																													
EPOC	141 (9,8%)	38 (12,3%)	1 (5%)	0,31																																																																																													
ERC	203 (14,1%)	30 (9,7%)	3 (15%)	0,12																																																																																													
Cardiopatía	143 (10%)	32 (10,4%)	1 (5%)	0,94																																																																																													
Cirrosis	286 (19,8%)	136 (44%)	5 (25%)	0,25 x 10 ⁻¹⁷																																																																																													
ASA > II	845 (58,7%)	244 (79%)	14 (70%)	0,16 x 10 ⁻⁹																																																																																													
Anticoagulación	336 (23,5%)	60 (19,5%)	3 (15%)	0,53																																																																																													
Antiagregación	290(20,1%)	35 (11,3%)	4 (20%)	0,001																																																																																													
IBPs	495 (37,6%)	147 (51%)	7 (43,8%)	0,001																																																																																													
Hematemesis	622 (43,2%)	22 (7,2,8%)	11 (55%)	0,86 x 10 ⁻²⁰																																																																																													
Melenas	1091 (75,7%)	176 (57,1%)	13 (65%)	0,2																																																																																													
Origen varicoso	163 (11,3%)	95 (30,8%)	3 (15%)	0,38 x 10 ⁻¹⁶																																																																																													
TAS (mmHg)	116,5 ± 23,11	99,57 ± 22,84	112,8 ± 25,42	0,132x10 ⁻²⁷																																																																																													
Frecuencia cardiaca (lpm)	86,36 ± 18,27	96,34 ± 21,88	89,1 ± 22,1	0,81 x 10 ⁻¹³																																																																																													
Hemoglobina (mg/dl)	9,28 ± 2,91	8,35 ± 2,1	8 ± 2,67	0,6 x 10 ⁻⁶																																																																																													
Plaquetas (/u)	221567 ± 112781	177637 ± 116560	200650 ± 121632	0,24 x 10 ⁻¹⁴																																																																																													
Tabla 2	Análisis comparativo del abordaje endoscópico, requerimientos transfusionales, repetición endoscópica y necesidad de tratamientos invasivos en función del momento de ingreso en UCI.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No ingreso en UCI</th> <th>Ingreso en UCI sangrado índice</th> <th>Ingreso en UCI resangrado</th> <th>P valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Endoscopia terapéutica en la primera endoscopia</td> <td>534 (37,5%)</td> <td>199 (64,8%)</td> <td>12 (63,2%)</td> <td>0,21 x 10⁻²⁰</td> </tr> <tr> <td>Repetición endoscópica</td> <td>101 (7,9%)</td> <td>54 (19,7%)</td> <td>13 (65%)</td> <td>0,21 X 10⁻²¹</td> </tr> <tr> <td>Transfusión de > 2 CHs</td> <td>402 (27,9%)</td> <td>182 (59,1%)</td> <td>16 (80%)</td> <td>0,91 x 10⁻²⁸</td> </tr> <tr> <td>Necesidad de cirugía</td> <td>26 (1,8%)</td> <td>30 (9,7%)</td> <td>8 (40%)</td> <td>0,29 x 10⁻²³</td> </tr> <tr> <td>Necesidad de radiología intervencionista</td> <td>14 (1%)</td> <td>27 (8,8%)</td> <td>1 (5%)</td> <td>0,29 x 10⁻¹⁴</td> </tr> <tr> <td>Tiempo hasta la endoscopia</td> <td>10,82 ± 10,6</td> <td>7,6 ± 6,7</td> <td>11,06 ± 10,4</td> <td>0,14 x 10⁻⁹</td> </tr> </tbody> </table> <p>CHs (Concentrado de hematies)</p>		No ingreso en UCI	Ingreso en UCI sangrado índice	Ingreso en UCI resangrado	P valor	Endoscopia terapéutica en la primera endoscopia	534 (37,5%)	199 (64,8%)	12 (63,2%)	0,21 x 10 ⁻²⁰	Repetición endoscópica	101 (7,9%)	54 (19,7%)	13 (65%)	0,21 X 10 ⁻²¹	Transfusión de > 2 CHs	402 (27,9%)	182 (59,1%)	16 (80%)	0,91 x 10 ⁻²⁸	Necesidad de cirugía	26 (1,8%)	30 (9,7%)	8 (40%)	0,29 x 10 ⁻²³	Necesidad de radiología intervencionista	14 (1%)	27 (8,8%)	1 (5%)	0,29 x 10 ⁻¹⁴	Tiempo hasta la endoscopia	10,82 ± 10,6	7,6 ± 6,7	11,06 ± 10,4	0,14 x 10 ⁻⁹																																																												
	No ingreso en UCI	Ingreso en UCI sangrado índice	Ingreso en UCI resangrado	P valor																																																																																													
Endoscopia terapéutica en la primera endoscopia	534 (37,5%)	199 (64,8%)	12 (63,2%)	0,21 x 10 ⁻²⁰																																																																																													
Repetición endoscópica	101 (7,9%)	54 (19,7%)	13 (65%)	0,21 X 10 ⁻²¹																																																																																													
Transfusión de > 2 CHs	402 (27,9%)	182 (59,1%)	16 (80%)	0,91 x 10 ⁻²⁸																																																																																													
Necesidad de cirugía	26 (1,8%)	30 (9,7%)	8 (40%)	0,29 x 10 ⁻²³																																																																																													
Necesidad de radiología intervencionista	14 (1%)	27 (8,8%)	1 (5%)	0,29 x 10 ⁻¹⁴																																																																																													
Tiempo hasta la endoscopia	10,82 ± 10,6	7,6 ± 6,7	11,06 ± 10,4	0,14 x 10 ⁻⁹																																																																																													
Tabla 3	Comparación de complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y duración de la estancia hospitalaria entre los tres grupos definidos por el momento de ingreso en UCI.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No ingreso en UCI</th> <th>Ingreso en UCI sangrado índice</th> <th>Ingreso en UCI resangrado</th> <th>P valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad aguda</td> <td>76 (5,5%)</td> <td>93 (30,8%)</td> <td>8 (42%)</td> <td>0,33 x 10⁻⁴¹</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad diferida</td> <td>105 (7,6%)</td> <td>30 (12,5%)</td> <td>0 (0%)</td> <td>0,018</td> </tr> <tr> <td>Reagudización de enfermedades crónicas</td> <td>184 (12,8%)</td> <td>121 (39,2%)</td> <td>8 (40%)</td> <td>0,71 x 10⁻²⁶</td> </tr> <tr> <td>Complicaciones</td> <td>144 (10%)</td> <td>131 (42,4%)</td> <td>13 (65%)</td> <td>0,66 x 10⁻⁵⁰</td> </tr> <tr> <td>Días ingreso</td> <td>7,11 ± 10,77</td> <td>20,41 ± 26,81</td> <td>17,7 ± 16,02</td> <td>0,29 x 10⁻⁵⁰</td> </tr> </tbody> </table>		No ingreso en UCI	Ingreso en UCI sangrado índice	Ingreso en UCI resangrado	P valor	Mortalidad aguda	76 (5,5%)	93 (30,8%)	8 (42%)	0,33 x 10 ⁻⁴¹	Mortalidad diferida	105 (7,6%)	30 (12,5%)	0 (0%)	0,018	Reagudización de enfermedades crónicas	184 (12,8%)	121 (39,2%)	8 (40%)	0,71 x 10 ⁻²⁶	Complicaciones	144 (10%)	131 (42,4%)	13 (65%)	0,66 x 10 ⁻⁵⁰	Días ingreso	7,11 ± 10,77	20,41 ± 26,81	17,7 ± 16,02	0,29 x 10 ⁻⁵⁰																																																																	
	No ingreso en UCI	Ingreso en UCI sangrado índice	Ingreso en UCI resangrado	P valor																																																																																													
Mortalidad aguda	76 (5,5%)	93 (30,8%)	8 (42%)	0,33 x 10 ⁻⁴¹																																																																																													
Mortalidad diferida	105 (7,6%)	30 (12,5%)	0 (0%)	0,018																																																																																													
Reagudización de enfermedades crónicas	184 (12,8%)	121 (39,2%)	8 (40%)	0,71 x 10 ⁻²⁶																																																																																													
Complicaciones	144 (10%)	131 (42,4%)	13 (65%)	0,66 x 10 ⁻⁵⁰																																																																																													
Días ingreso	7,11 ± 10,77	20,41 ± 26,81	17,7 ± 16,02	0,29 x 10 ⁻⁵⁰																																																																																													

Conclusiones:

En esta amplia cohorte de HDA se identifican trayectorias clínicas claramente diferenciadas según la necesidad y el momento de ingreso en UCI. El ingreso precoz se asocia a mayor gravedad hemodinámica inicial y a etiología varicosa, mientras que el ingreso diferido tras resangrado, aunque infrecuente, implica una elevada tasa de reintervención, mayor consumo de recursos y una mortalidad aguda particularmente alta. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una estratificación clínica rigurosa desde el ingreso y de una monitorización estrecha, con el objetivo de anticipar complicaciones, optimizar las decisiones de nivel asistencial y mejorar la planificación de recursos en la HDA.



OB017 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL ÍNDICE UREA/CREATININA PARA PREDECIR NECESIDAD DE INTERVENCIÓN EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: IMPACTO SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACIÓN

Presenta: Paula Molina Cortés

Fernández García, R¹; Lancho Muñoz, A¹; Molina Cortés, P¹; López Vico, M²; Martínez Cara, JG¹; Jiménez Rosales, R¹; Redondo Cerezo, E¹

¹Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada. ²Digestivo. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Motril, Granada.

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las patologías más frecuentes en gastroenterología, con una incidencia de unos 50 casos/100.000 habitantes al año y con una mortalidad elevada que alcanza el 10%. Uno de los aspectos clave en el manejo de esta entidad es diferenciarlo de la hemorragia digestiva baja para determinar la necesidad de endoscopia digestiva alta (EDA) precoz. La HDA puede manifestarse como hematemesis o melenas. La hematemesis se relaciona con un sangrado de alto débito y suele ser indicación de EDA. Sin embargo, las melenas pueden tener otro origen, y se hace necesario determinar factores que van a hacer más probable la presencia de una HDA ante esta clínica. Asimismo, en hematemesis no objetivadas, sin amenización, pueden surgir dudas en cuanto a la indicación de EDA.

Uno de los parámetros más utilizados para esclarecer el origen alto o bajo, es el índice Urea/Creatinina elevado, con una sensibilidad y especificidad elevadas cuando se encuentra por encima de 100. Además, este índice elevado se ha relacionado con una mayor mortalidad. Sin embargo, no se ha estudiado su posible relación con la necesidad de intervención en HDA.

Por ello, el objetivo de nuestro estudio es analizar la capacidad del índice Urea/Cr para predecir necesidad de intervención en HDA en el total de pacientes, así como en función de la forma de presentación (hematemesis o melenas).

Material y métodos:

Se llevó a cabo un estudio de cohortes retrospectivo, en el que incluimos aquellos pacientes con hemorragia digestiva alta atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada entre los años 2012 y febrero de 2025. En total se incluyeron 1640 pacientes. Se realizaron comparaciones respecto a las características basales, la capacidad diagnóstica del índice Urea/Cr y su comportamiento en función de la forma de presentación de la hemorragia.

Nombre	Pie	Previsualizar			
Tabla 1	Comparación de características basales	Variable	Grupo 1 (No intervención)	Grupo 2 (Intervención)	P
		Sexo (Varón)	65,7%	67,9%	0,891
		ERC	8,8%	15,1%	0,016
		Insuf Cardíaca	5,4%	11,1%	0,039
		Cirrosis Hepática	8,8%	27%	<0,001
		HTA	39,7%	47,9%	0,082
		Antiagregantes	15,2%	19,3%	0,160
		Anticoagulantes	16,3%	24,5%	0,031
		Urea/Cr	70 +/- 2,34	77,63 +/- 0,98	0,015

Resultados:

De los 1640 pacientes incluidos, 1109 (67,6%) eran varones, con una edad media de 64,5 años. En cuanto a la forma de presentación, el 43,6% debutaron con hematemesis, siendo más frecuente en el grupo que precisó intervención. El índice Urea/Creatinina fue mayor en los pacientes con necesidad de intervención frente a aquellos que no la tenían (70 vs77,65, p=0,015).

Respecto al rendimiento diagnóstico, se analizaron las curvas ROC del índice Urea/Cr para la necesidad de intervención (AUC=0,553). Asimismo, analizamos el rendimiento diagnóstico del índice en función de la presentación como melenas o hematemesis obteniendo un AUC de 0,535 para la presentación como melenas frente a un AUC de 0,435 para aquellos pacientes que presentaban hematemesis. Obteniendo diferencias estadísticamente significativas (p=0,004).



Nombre	Pie	Previsualizar
Figura 1	Comparación de curvas ROC en función de la forma de presentación	<p>Curva ROC</p> <p>Origen de la curva</p> <ul style="list-style-type: none">UreaCr ratio (HAEM ATEM=0) - Blue lineUreaCr ratio (HAEM ATEM=1) - Red line

Conclusiones:

En nuestra serie, el índice urea/creatinina presentó una capacidad discriminativa limitada para predecir necesidad de intervención en HDA (AUC bajo), por lo que su utilidad como predictor aislado es escasa. Sin embargo, el rendimiento fue significativamente mayor en pacientes con melenas que en aquellos con hematemesis, aunque aún pobre, lo que sugiere que podría aportar información adicional en este subgrupo, especialmente en casos con sospecha diagnóstica incierta.



OB018 - INFLUENCIA DEL USO DE PROBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI.

Presenta: Carlos Hernandez Ballesteros

Hernandez, C¹; Fernández, W²; Moran, K²; Aranda, M³; Chahri, N¹

¹Digestivo. ²Medicina Familiar y Comunitaria. ³Laboratorio clínico. Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona.

Introducción:

La infección por Helicobacter Pylori es una infección que afecta al 50% de la población. Los antibióticos son el tratamiento de elección pero asocian efectos secundarios que pueden producir la discontinuidad del tratamiento y una menor eficacia en la erradicación

Material y métodos:

Realizamos un estudio prospectivo doble ciego con 177 pacientes, derivados des de atención primaria con test H. Pylori positivo, y se aleatorizaron en dos grupos: un grupo de tratamiento con antibiótico y probiótico (86pacientes) y un segundo grupo que realizó antibiótico y placebo (91pacientes).

Resultados:

De los pacientes que refirieron diarreas durante el tratamiento se observa un menor número de deposiciones durante el tratamiento en el grupo probiótico 17.69 vs placebo 22.21. Observamos que el 40.3% del grupo probiótico vs 23.2% del grupo placebo tienen menos de 10deposiciones durante el tratamiento ($p=0.036$)

Según la escala de Bristol los pacientes con diarrea, que refieren deposiciones Bristol 7 durante el tratamiento, presentan menor número de deposiciones en el grupo probiótico 3.8 vs 6.2 del grupo placebo. Observamos que el 52% de los pacientes del grupo probiótico tienen menos de 5deposiciones tipo Bristol 7 durante el tratamiento frente al 25.8% del grupo placebo. ($P=0.04$) respecto a otros síntomas estudiados, se observa diferencias significativas respecto al dolor abdominal más leve en el grupo probiótico 58.1% vs 29.8% ($p=0.002$). Respecto a las náuseas refieren nauseas más graves en el grupo placebo 23% vs 2% y más leves en el grupo probiótico 52.2% vs 38.2% ($P=0.003$).

Conclusiones:

Los pacientes que realizan tratamiento antibiótico asociado a probiótico y que refieren diarreas se observa un menor número de deposiciones durante el tratamiento presentan menor número de deposiciones Bristol 7 tienen menor dolor abdominal y nauseas más leves en el grupo probiótico.



OB019 - CAMBIOS DE MUNDO REAL EN LA SECRECIÓN EXOCRINA PANCREÁTICA TRAS LA CIRUGÍA GÁSTRICA

Presenta: Juan Enrique Domínguez-Muñoz

Domínguez-Muñoz, JE¹; García Almeida, JM²; Fernández Noel, S³; Macías García, F¹; Nieto García, L¹; Amaya Campos, MM²; Fontes Muñoz, G⁴; Porto Silva, MS¹; Ortiz Aguilar, M³

¹Gastroenterology and Hepatology. Complejo Hospitalario Univ. de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

²Endocrinología y Nutrición. Hospital Univ. Virgen de la Victoria, Univ. de Málaga. Málaga. ³Cirugía General y Digestiva. Hospital Univ. 12 de Octubre. Madrid. ⁴Ciencias Médicas. Viatris. Madrid.

Introducción:

La insuficiencia pancreática exocrina es una afectación muy prevalente en pacientes sometidos a cirugías gástricas, resultando en deficiencias nutricionales. No obstante, escasean los estudios longitudinales sobre la función exocrina pancreática antes y después de la gastrectomía.

Material y métodos:

MYL-CAR-2019-01 fue un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y multicéntrico que reclutó pacientes de entre 18 y 80 años con una cirugía gástrica programada. Se excluyeron pacientes con cirugía del tracto gastrointestinal superior o pancreática previa, insuficiencia pancreática exocrina o tratamientos que afectaran la función pancreática. Los cambios en la secreción pancreática exocrina se determinaron con el test de elastasa fecal (FE-1) a partir de una muestra fecal previa a la gastrectomía y otra 6 meses después. En el caso de los pacientes con cáncer que recibieron quimioterapia neoadyuvante, esta se les aplicó tras la visita inicial, mientras que si recibieron quimioterapia adyuvante, esta finalizó un mes antes de la visita posquirúrgica. El riesgo de malnutrición se evaluó mediante el test de Evaluación Global Subjetiva antes y 6 meses tras la cirugía; el estado nutricional mediante datos antropométricos y de laboratorio.

Resultados:

Se incluyeron a 52 pacientes de entre 32 y 80 años (mediana de 68 años), un 48% eran varones. La mayoría de los pacientes (n=50 [96%]) padecían cáncer gástrico, de estos, 18 (36%) recibieron tratamiento neoadyuvante y 21 (42%) tratamiento adyuvante. Se practicó gastrectomía total a 14 pacientes (27%) y gastrectomía parcial/subtotal a 38 pacientes (73%). Todos los pacientes presentaban síntomas gastrointestinales en el momento de la inclusión, siendo la pérdida de peso (37%) y la anemia (25%) los más frecuentes.

Los niveles medios de FE-1 se vieron significativamente reducidos 6 meses tras la cirugía (442 vs 337 µg/g; p=0,026). En la visita inicial, nueve pacientes (17%) presentaban niveles de FE-1 inferiores a 200 µg/g, mientras que, tras la cirugía, fueron 21 pacientes (40%) (p=0,008), 4 de los cuales se habían sometido a una gastrectomía total. Del total de pacientes con adyuvancia, 14 (66,7%) presentaron niveles de FE-1 inferiores a 200 µg/g tras el tratamiento. Tras la resección, el índice de masa corporal (IMC) disminuyó (media 27,3 vs 24,5 kg/m²; p<0,001) y el riesgo de malnutrición tendió a aumentar (33 vs 46%; p=0,127). La mediana de HDL aumentó de forma significativa (46 vs 55 mg/dL; p=0,0007). Tras la gastrectomía, el estreñimiento se redujo significativamente entre los pacientes (p=0,0015).

Conclusiones:

La evaluación nutricional integral y longitudinal de los pacientes resulta fundamental en el abordaje de la gastrectomía. En este contexto, la determinación de los niveles de FE-1 podría constituir una herramienta complementaria para la monitorización de la función pancreática exocrina.



OB020 - IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA MATERNA Y LA EXPOSICIÓN AL GLUTEN SOBRE LA LACTOFERRINA Y LA IGA SECRETORA EN LA LECHE MATERNA

Presenta: Abel Heredia

Heredia, A¹; Segura, V¹; Coronel-Rodríguez, C²; Ruiz-Carnicer, Á¹; Sousa, C¹; Comino, I¹

¹Microbiología y parasitología. Univ. de Sevilla. ²Pediatra Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Amante Laffón. Sevilla.

Introducción:

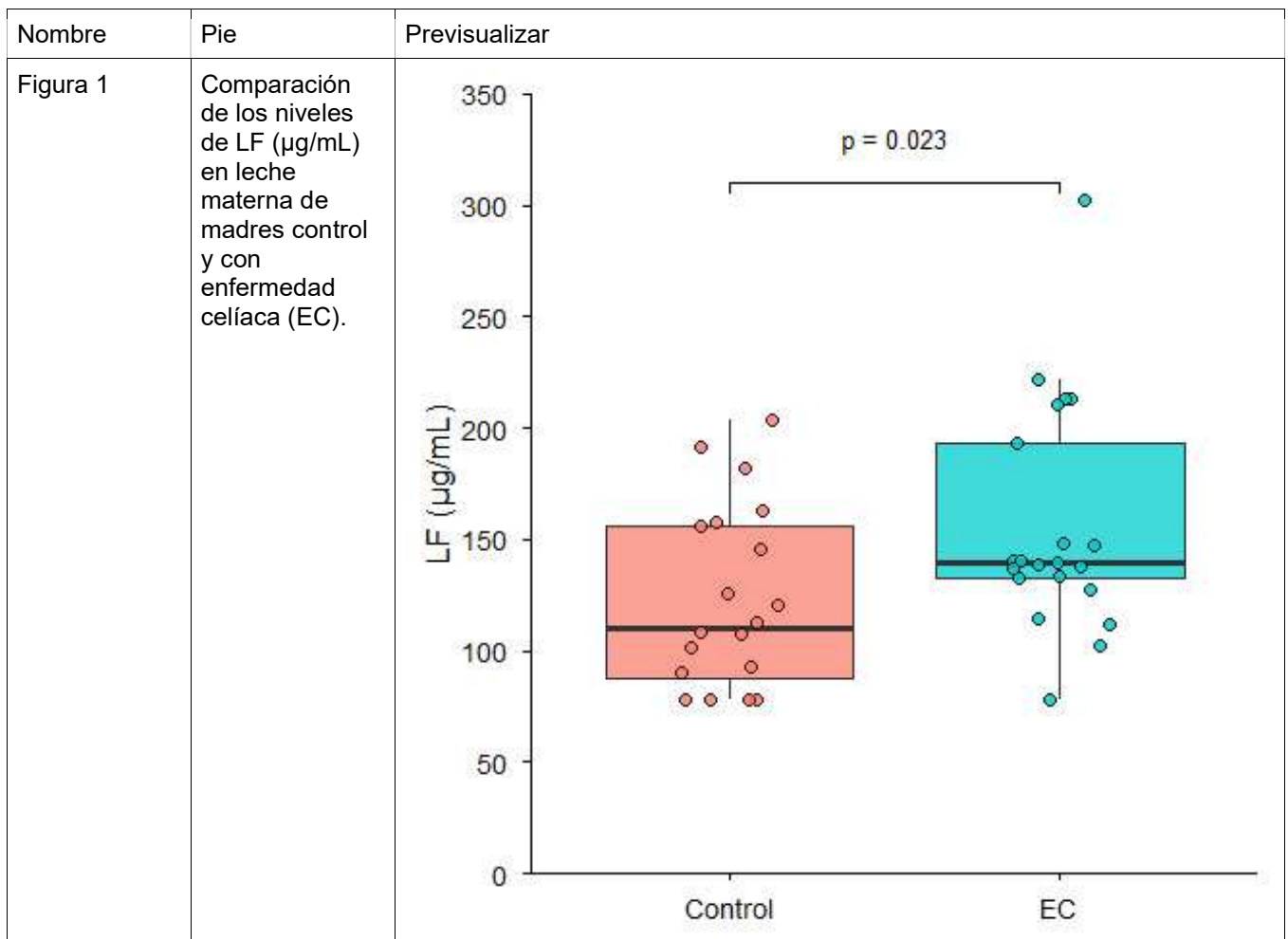
La evidencia sobre el efecto de la enfermedad celíaca (EC) en la composición inmunológica de la leche materna (LM) es limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la EC materna sobre los niveles de lactoferrina (LF) e inmunoglobulina A secretora (slgA), dos de los principales componentes inmunitarios de la LM, y su relación con la exposición reciente al gluten, evaluada mediante la detección de péptidos inmunogénicos del gluten (GIP).

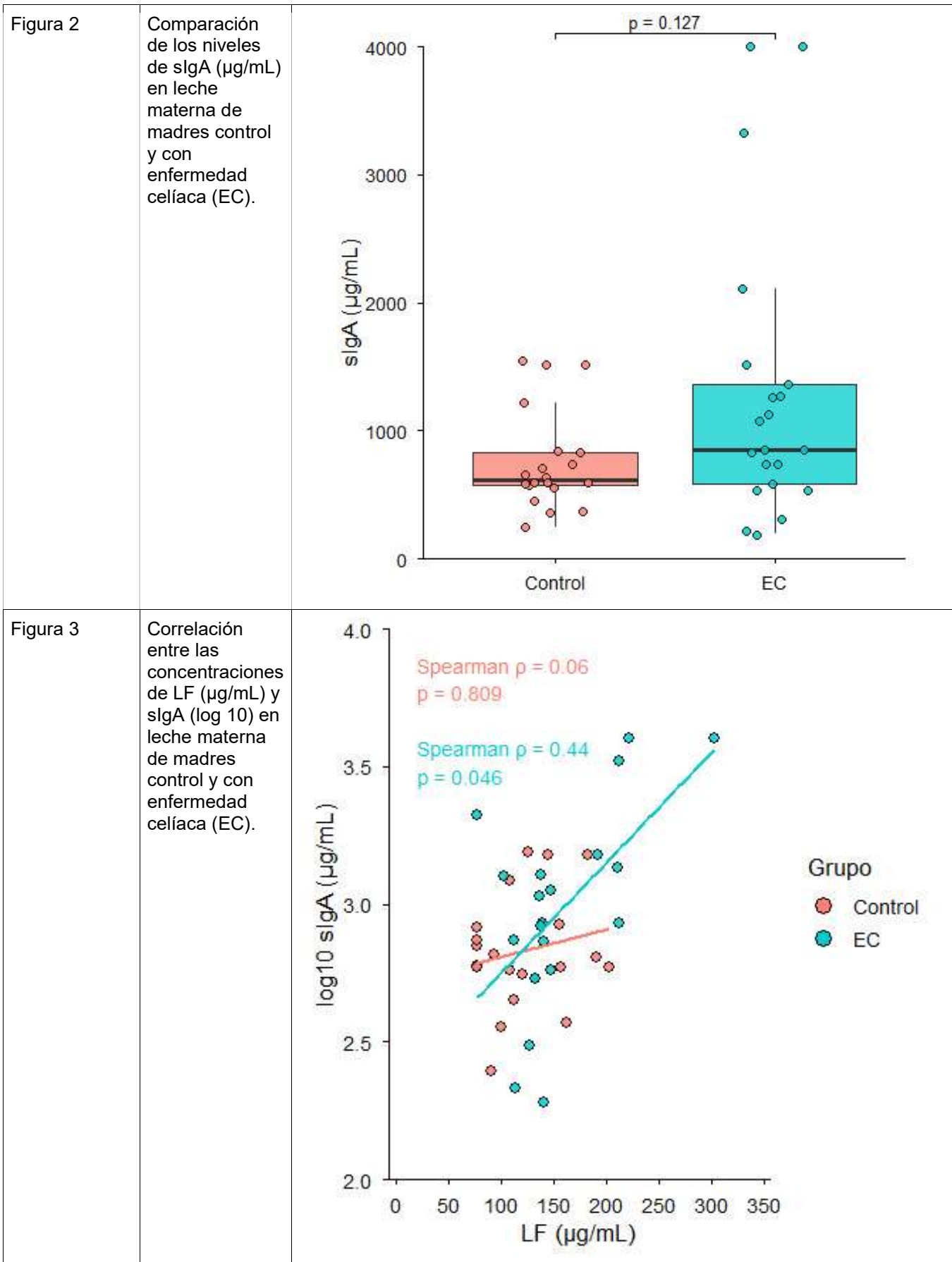
Material y métodos:

Estudio observacional en muestras de LM de 41 madres lactantes (21 con EC y 20 sin EC). Las concentraciones de LF y slgA se analizaron mediante ELISA, y la detección de GIP mediante inmunoensayo de flujo lateral. Las diferencias entre grupos se evaluaron con pruebas no paramétricas y modelos de regresión ajustados por periodo de lactancia (meses posparto).

Resultados:

Las concentraciones de LF fueron significativamente mayores en las madres con EC en comparación con los controles ($p = 0.023$; Figura 1) y se mantuvieron elevadas tras ajustar por el periodo de lactancia ($p = 0.045$). Los niveles de slgA no mostraron diferencias globales entre grupos ($p = 0.127$; Figura 2), pero presentaron un patrón dependiente del periodo de lactancia en las madres con EC, con incrementos progresivos durante la lactancia más tardía respecto a los controles sanos ($p = 0.004$). Los niveles de LF e slgA se correlacionaron únicamente en el grupo con EC (ρ de Spearman = 0.44; $p = 0.046$; Figura 3). Además, en las madres con EC, la presencia de GIP en LM se acompañó de valores más altos de LF y slgA.





Conclusiones:

La EC materna se asocia con mayores niveles de LF y una modulación dependiente del periodo de lactancia de la sIgA en la LM. La detección de GIP en LM respalda la hipótesis de que una exposición intermitente al gluten puede influir en estos componentes inmunitarios, con un posible impacto en la maduración inmunológica neonatal.

**OB021 - HALLAZGOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON MUTACIÓN CDH1. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

Presenta: María Sasía García

Sasía García, M¹; Arjona Silván, L¹; Hernández Campos, M¹; Mendoza Caballero, I¹; Marrero Díaz, R¹; Pozo Zorita, A¹; Fueyo Pelaez, PR¹; Merino Matute, J¹; Mican, NO¹; Menchén Viso, LA¹; Polo Vaquero, C²; Bringas Beranek, M²; Pajares Díaz, JA¹¹Digestivo. ²Oncología Médica. Hospital Univ. Gregorio Marañón- IISGM y CIBERehd. Madrid.**Introducción:**

El cáncer gástrico difuso hereditario representa entre el 1–3% de los cánceres gástricos y se asocia principalmente a mutaciones germinales en el gen CDH1, que codifica la E-cadherina, proteína clave en la adhesión celular y supresión tumoral. Su alteración favorece la diseminación tumoral y el desarrollo de metástasis. Presenta herencia autosómica dominante y alta penetrancia, con un riesgo acumulado de cáncer gástrico de hasta el 70% en varones y 56% en mujeres, además de asociarse a cáncer de mama lobulillar. Histológicamente se caracteriza por células en anillo de sello y focos tumorales multifocales con mucosa macroscópicamente normal, lo que dificulta el diagnóstico precoz incluso con protocolos endoscópicos específicos como el de Cambridge. Aunque la gastrectomía profiláctica es el gold standard para reducir el riesgo, su impacto en la calidad de vida plantea importantes retos clínicos. En este contexto, analizamos nuestra experiencia en práctica clínica real.

Material y métodos:

Se incluyeron 14 pacientes con mutación patogénica en CDH1 que rechazaron realización de gastrectomía profiláctica (mediana de edad 54 años; 64,3% varones). Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los eventos durante el seguimiento.

Se evaluó la asociación entre factores de riesgo clásicos (Tabla 1) y el desarrollo de adenocarcinoma mediante test exacto de Fisher, calculando odds ratio (OR). Se realizó un análisis de supervivencia libre de adenocarcinoma mediante curva de Kaplan–Meier con fines descriptivos.

Nombre	Pie	Previsualizar																								
Tabla 1	Descripción de la cohorte de pacientes con mutación CDH1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripción de la cohorte</th> <th>Varones</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Portadores de mutación CDH1 (N=14)</td> <td>9 (64,3%)</td> <td>5 (35,7%)</td> </tr> <tr> <td>Tabaquismo (N=14)</td> <td>1 (7,1%)</td> <td>2 (14,3%)</td> </tr> <tr> <td>Consumo de alcohol (N=14)</td> <td>0 (0%)</td> <td>0 (0%)</td> </tr> <tr> <td>Helicobacter pylori (N=14)</td> <td>0 (0%)</td> <td>1 (7,1%)</td> </tr> <tr> <td>Antecedente familiar de cáncer gástrico (N=14)</td> <td>7 (50%)</td> <td>5 (35,7%)</td> </tr> <tr> <td>Antecedente familiar de cáncer de mama lobulillar (N=14)</td> <td>5 (35,7%)</td> <td>1 (7,1%)</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico de adenocarcinoma en seguimiento (N=14)</td> <td>0 (0%)</td> <td>3 (21,4%)</td> </tr> </tbody> </table>	Descripción de la cohorte	Varones	Mujeres	Portadores de mutación CDH1 (N=14)	9 (64,3%)	5 (35,7%)	Tabaquismo (N=14)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	Consumo de alcohol (N=14)	0 (0%)	0 (0%)	Helicobacter pylori (N=14)	0 (0%)	1 (7,1%)	Antecedente familiar de cáncer gástrico (N=14)	7 (50%)	5 (35,7%)	Antecedente familiar de cáncer de mama lobulillar (N=14)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	Diagnóstico de adenocarcinoma en seguimiento (N=14)	0 (0%)	3 (21,4%)
Descripción de la cohorte	Varones	Mujeres																								
Portadores de mutación CDH1 (N=14)	9 (64,3%)	5 (35,7%)																								
Tabaquismo (N=14)	1 (7,1%)	2 (14,3%)																								
Consumo de alcohol (N=14)	0 (0%)	0 (0%)																								
Helicobacter pylori (N=14)	0 (0%)	1 (7,1%)																								
Antecedente familiar de cáncer gástrico (N=14)	7 (50%)	5 (35,7%)																								
Antecedente familiar de cáncer de mama lobulillar (N=14)	5 (35,7%)	1 (7,1%)																								
Diagnóstico de adenocarcinoma en seguimiento (N=14)	0 (0%)	3 (21,4%)																								

Resultados:

Tres pacientes (21,4%) desarrollaron adenocarcinoma. La supervivencia libre de adenocarcinoma fue del 78,6% al final del seguimiento, sin alcanzarse la mediana.

Se realizó una gastrectomía profiláctica en un paciente sin adenocarcinoma (9,1% de los pacientes sin diagnóstico).

Ningún factor de riesgo clásico mostró asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Todos los adenocarcinomas ocurrieron en pacientes con antecedente familiar de cáncer gástrico (OR ∞).

El sexo femenino se asoció significativamente con el desarrollo de adenocarcinoma (OR ∞ ; $p = 0,027$), registrándose todos los casos en mujeres.



En el seguimiento endoscópico, se aplicó el protocolo de Sydney para la toma de biopsias en el 85,7% y el protocolo de Cambridge en el 50%. Se utilizó Narrow Band Imagin (NBI) en el 35,7%. Se asoció ecoendoscopia durante el seguimiento en el 42,9%. En los pacientes con adenocarcinoma, el protocolo de Cambridge se empleó en el 66,7%.

Nombre	Pie	Previsualizar																					
Tabla 2	Seguimiento endoscópico en la cohorte	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Seguimiento endoscópico</i></th> <th><i>Adenocarcinoma (n=3)</i></th> <th><i>Sin adenocarcinoma (n=11)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Protocolo de Sydney (n=14)</td> <td>3 (100%)</td> <td>9 (81,8%)</td> </tr> <tr> <td>Protocolo de Cambridge (n=14)</td> <td>2 (66,7%)</td> <td>5 (45,5%)</td> </tr> <tr> <td>Empleo de NBI (n=14)</td> <td>2 (66,7%)</td> <td>3 (27,3%)</td> </tr> <tr> <td>Ecoendoscopia (n=14)</td> <td>2 (66,7%)</td> <td>4 (36,4%)</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Seguimiento endoscópico</i>	<i>Adenocarcinoma (n=3)</i>	<i>Sin adenocarcinoma (n=11)</i>	Protocolo de Sydney (n=14)	3 (100%)	9 (81,8%)	Protocolo de Cambridge (n=14)	2 (66,7%)	5 (45,5%)	Empleo de NBI (n=14)	2 (66,7%)	3 (27,3%)	Ecoendoscopia (n=14)	2 (66,7%)	4 (36,4%)						
<i>Seguimiento endoscópico</i>	<i>Adenocarcinoma (n=3)</i>	<i>Sin adenocarcinoma (n=11)</i>																					
Protocolo de Sydney (n=14)	3 (100%)	9 (81,8%)																					
Protocolo de Cambridge (n=14)	2 (66,7%)	5 (45,5%)																					
Empleo de NBI (n=14)	2 (66,7%)	3 (27,3%)																					
Ecoendoscopia (n=14)	2 (66,7%)	4 (36,4%)																					
Tabla 3	Asociación entre factores epidemiológicos identificados en la cohorte y el desarrollo de adenocarcinoma	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Asociación entre factores epidemiológicos y desarrollo de adenocarcinoma</i></th> <th><i>OR</i></th> <th><i>p</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sexo femenino</td> <td>∞</td> <td>0,027</td> </tr> <tr> <td>Tabaquismo</td> <td>2,25</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Consumo de alcohol</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Helicobacter pylori</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Antecedente familiar de cáncer gástrico</td> <td>∞</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Antecedente familiar de cáncer de mama lobulillar</td> <td>0,60</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Asociación entre factores epidemiológicos y desarrollo de adenocarcinoma</i>	<i>OR</i>	<i>p</i>	Sexo femenino	∞	0,027	Tabaquismo	2,25	1	Consumo de alcohol	-	-	Helicobacter pylori	0	1	Antecedente familiar de cáncer gástrico	∞	1	Antecedente familiar de cáncer de mama lobulillar	0,60	1
<i>Asociación entre factores epidemiológicos y desarrollo de adenocarcinoma</i>	<i>OR</i>	<i>p</i>																					
Sexo femenino	∞	0,027																					
Tabaquismo	2,25	1																					
Consumo de alcohol	-	-																					
Helicobacter pylori	0	1																					
Antecedente familiar de cáncer gástrico	∞	1																					
Antecedente familiar de cáncer de mama lobulillar	0,60	1																					

Conclusiones:

El reducido tamaño muestral y el bajo número de eventos limitan la potencia estadística, por lo que los resultados deben interpretarse como exploratorios.

No obstante, nuestra experiencia refleja la complejidad del seguimiento endoscópico en portadores de CDH1 y confirma un riesgo clínicamente relevante de adenocarcinoma.

La historia familiar emerge como marcador importante y sugiere variabilidad en la penetrancia familiar. La asociación observada con el sexo femenino requiere validación en series mayores. Nuestros resultados apoyan la necesidad de un seguimiento endoscópico combinado (protocolo de Cambridge, NBI y ecoendoscopia) para lograr el diagnóstico precoz de esta patología.



OB022 - ANÁLISIS DEL POSIBLE MAYOR RIESGO DE CÁNCER EN LOS CASOS DE SÍNDROME DE LYNCH POR MUTACIÓN EN EL GEN MSH2

Presenta: Ana Borda Martín

Borda Martín, A; Oquiñena Legaz, S; Aresté Anduaga, I; Aznárez Barrio, MR; Irisarri Garde, R; Rodríguez Gutiérrez, C

Digestivo. Hospital Univ. de Navarra. Pamplona.

Introducción:

En el síndrome de Lynch, la mutación de genes reparadores del ADN favorece el desarrollo de diversas neoplasias hereditarias, encabezadas por el cáncer colorrectal. En nuestra Com carecemos de datos acerca de la influencia del tipo de gen mutado sobre la frecuencia y multiplicidad tumoral, lo que motiva el presente estudio.

Material y métodos:

Estudio observacional y retrospectivo de 367 casos de síndrome de Lynch, diagnosticados por estudio genético de mutaciones en MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2. Dicotomizamos nuestros pacientes en: mutación MSH2 (Grupo A) = 98 casos y resto de casos (Grupo B) = 269. Tras una mediana de seguimiento de 144 meses, comparamos entre ambos grupos la edad de presentación del primer tumor y la frecuencia de cáncer colorrectal y extracolónico. Determinamos el número total de cánceres por caso y el número de neoplasias diferentes por paciente, agrupándolos en: ningún cáncer, 1 tumor y 2 o más. Empleamos los test de Mann-Whitney, Chi² determinando la odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC) y el test Chi² de tendencia en las proporciones, con su coeficiente β e IC. Consideramos significativos valores de $p < 0,05$

Resultados:

La mediana de edad del primer cáncer fue: grupo A = 45 años; B = 50 ($p = 0,005$). La frecuencia de neoplasias resultó superior en el grupo A, tanto para tumor colorrectal: A = 39,8% versus B = 27,1% [$p = 0,020$; OR = 1,78; IC = 1,09–2,88] como extracolónico: A = 41,8%; B = 27,9% [$p = 0,011$; OR = 1,86; IC = 1,15–3,01]. El número total de cánceres por paciente fue: grupo A: ningún cáncer = 44,9%; 1 cáncer = 25,5% y 2 o más = 29,6%; grupo B: ningún cáncer = 57,6%; 1 cáncer = 27,9%, 2 o más = 14,5% ($p = 0,001$). Frecuencia de neoplasias diferentes por paciente del grupo A: ningún cáncer = 44,9%; 1 cáncer = 26,5% y 2 o más tumores diferentes = 28,6%; grupo B: ningún cáncer = 57,6% 1 = 30,1% y 2 o más diferentes = 12,3% ($p = 0,001$). Tomando los casos con “cáncer único” como referencia, el grupo A tuvo mayor probabilidad de desarrollar 2 o más neoplasias: [$p = 0,041$; $\beta = 1,95$; IC = (1,03–3,69)]. En cuanto a presentar tumores diferentes (cáncer único = referencia), también los pacientes MSH2 registraron un mayor riesgo de tener 2 o más tumores diferentes: [$p < 0,008$; $\beta = 2,39$; IC = (1,25–4,57)]

Conclusiones:

- 1.- Nuestros casos de síndrome de Lynch por mutación en el gen MSH2 presentaron una mayor frecuencia de cáncer, tanto colorrectal como extracolónico, diagnosticándose su primer tumor a una edad significativamente menor.
- 2.- Este grupo de pacientes duplica la probabilidad de presentar cánceres múltiples y de desarrollar tumores diferentes, por lo que cabría plantearse un seguimiento más estricto en los casos de síndrome de Lynch por mutación MSH2.



OB023 - INFLUENCIA DE LA INFECCIÓN PREVIA POR HELICOBACTER PYLORI SOBRE LA GASTRITIS AUTOINMUNE AL DIAGNÓSTICO. ESTUDIO TRANSVERSAL DE UNA GRAN COHORTE ESPAÑOLA.

Presenta: Ana Fernández Lamelas

Fernández Lamelas, A¹; Jiménez Blanco, N¹; Fuentes-Valenzuela, E¹; Gil Santana, M¹; Blanco, S¹; Escribano Cruz, S¹; Parra Villanueva, J¹; Calvache Rodríguez, A¹; López Martín, MC¹; Chivato Martín-Falquina, I¹; Rodríguez Rodríguez, R¹; Santos Avilés, E¹; Briz Romero, R¹; Rodríguez-Batlloir Arán, B¹; Latorre Martínez, R¹; Castillo Herrera, LA¹; Alcalde Rodríguez, D¹; Guzman López, K²; Bejerano Dominguez, A¹

¹Digestivo. Hospital Infanta Elena. Valdemoro, Madrid. ²Análisis Clínico. Hospital Univ. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción:

Existen pocos datos sobre el papel de la infección previa por *Helicobacter pylori* (HP) en la gastritis autoinmune (GAI). Por ello, este estudio tuvo como objetivo comparar las características de pacientes con diagnóstico de novo de gastritis autoinmune en función de la infección previa por HP.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo unicéntrico transversal. Se consideraron todos los pacientes con anticuerpos anticélulas parietales (ACP) entre enero de 2013 y junio de 2023 con gastroscopia y biopsias según Sydney. Se excluyeron pacientes con infección reciente por HP (12 meses) tras correcta erradicación. Se definieron 4 estadios histológicos: estadio 0 (potencial) sin gastritis crónica, estadio I o gastritis crónica, estadio II o atrófica y estadio III (complicada) si displasia, TNE o adenocarcinoma. El objetivo primario fue el porcentaje de pacientes que presentaban una GAI en estadio avanzado (estadio II y III).

Resultados:

Se incluyeron un total de 290 pacientes en el grupo naïve a HP y 73 pacientes en el grupo de infección por HP previa. No se encontraron diferencias en las características basales. Se identificó una GAI avanzada en 156 pacientes (53,8%) del grupo naïve y en 37 pacientes del grupo de infección previa por HP (50,7%; $p=0,63$). En el grupo de naïve a HP se distribuyó de la siguiente forma: estadio 0 ($n=72$, 24,8%), estadio I ($n=55$, 19%), estadio II ($n=156$, 53,8%), estadio III ($n=7$, 2,4%). Y en el grupo de infección previa por HP: estadio 0 ($n=17$, 23,3%), estadio I ($n=19$, 26%), estadio II ($n=37$, 50,7%), estadio III ($n=0$), sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,41$). Se identificó una mayor presencia de metaplasia intestinal/pseudopilórica en el grupo naïve a HP ($n=144$, 49,7% versus $n=26$, 35,6%; $p=0,036$). Los hallazgos polipoideos encontrados fueron similares entre ambos grupos ($n=29$, 10% versus $n=12$, 16,4%; $p=0,12$), y se identificaron dos casos de adenocarcinoma en el grupo naïve a HP.

Conclusiones:

La infección previa por HP no modificó las características al diagnóstico de la GAI, excepto una menor presencia de metaplasia, por lo que el papel de la infección previa por HP podría ser residual tras su erradicación.