

# 85° CONGRESO

de la Sociedad Española  
de Patología Digestiva (**SEPD**)

Tu Congreso, tu Sociedad



SEVILLA 11-13 junio 2026

## Comunicaciones Orales

#SEPD2026

[www.congresoSEPD.com](http://www.congresoSEPD.com)



**SEPD** SOCIEDAD  
ESPAÑOLA  
DE PATOLOGÍA  
DIGESTIVA

**FEAD** FUNDACIÓN  
ESPAÑOLA  
DEL APARATO  
DIGESTIVO



## COMUNICACIONES ORALES ENDOSCOPIA

### CO017 - EL MATERIAL ENDOSCÓPICO CADUCADO MANTIENE SU ESTERILIDAD Y FUNCIONALIDAD. HALLAZGOS DE UN ESTUDIO INTERNACIONAL MULTICÉNTRICO

Presenta: David Villaescusa Arenas

Villaescusa Arenas, D<sup>1</sup>; Rodríguez de Santiago, E<sup>1</sup>; Gómez de la Pedrosa, E<sup>2</sup>; García-Castellanos, M<sup>3</sup>; Cunha Neves, JA<sup>4</sup>; Tsalouka, A<sup>5</sup>; Römmele, C<sup>6</sup>; Pioche, M<sup>7</sup>; Arvanitakis, M<sup>8</sup>; Tejedor-Tejada, J<sup>9</sup>; Fernández-Esparrach, G<sup>10</sup>; Voiosu, AM<sup>11</sup>; Pedregal-Pascual, P<sup>12</sup>; Valdivielso Cortázar, E<sup>13</sup>; Fiallegas Cano, M<sup>14</sup>; Pantaleón Sánchez, M<sup>15</sup>; Pohl, H<sup>16</sup>; Ferraz, S<sup>17</sup>; O'morain, N<sup>18</sup>; Khalaf, K<sup>19</sup>; Meining, A<sup>20</sup>; Penman, D<sup>21</sup>; Rosón, PJ<sup>22</sup>; Bas-Cutrina, F<sup>23</sup>; Elli, L<sup>24</sup>; Sáiz Chumillas, RM<sup>25</sup>; Pons Beltrán, V<sup>26</sup>; Ros Fargas, O<sup>12</sup>; Tort-Ausina, I<sup>3</sup>; Riu Pons, F<sup>27</sup>; Peñas García, B<sup>1</sup>; Parejo Carbonell, S<sup>1</sup>; García García de Paredes, A<sup>1</sup>; Vázquez Sequeiros, E<sup>1</sup>; Campillo-Fernández, AJ<sup>3</sup>; Albillos Martínez, A<sup>1</sup>; Lorenzo-Zúñiga, V<sup>26</sup>

<sup>1</sup>Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid. <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid. <sup>3</sup>Centro Investigación. Centro de Biomateriales e Ingeniería Tisular (CBIT). Valencia. <sup>4</sup>Gastroenterology. Unidade Local de Saúde do Algarve. Portimao, Portugal. <sup>5</sup>Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Internal Medicine. Attikon University Hospital. Atenas, Greece. <sup>6</sup>Internal Medicine. University Hospital of Augsburg. Augsburg, Germany. <sup>7</sup>Gastroenterología y Endoscopia. Hôpital Edouard Herriot. Hospices Civils de Lyon. Lyon, France. <sup>8</sup>Gastroenterology and Hepatology. HUB Erasme Hospital, Université Libre de Bruxelles. Brussels, Belgium. <sup>9</sup>Hospital Univ. de Cabueñes. Gijón, Asturias. <sup>10</sup>Unidad Endoscopia. Hospital Clínic - IDIBAPS. Barcelona. <sup>11</sup>Gastroenterology. Colentina clinical hospital. Bucharest, Romania. <sup>12</sup>Unidad Endoscopia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>13</sup>Digestivo. Complejo Hospitalario Univ. A Coruña. A Coruña. <sup>14</sup>Digestivo. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao, Vizcaya. <sup>15</sup>Gastroenterología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>16</sup>Gastroenterology. Dartmouth Hitchcock Medical Center. Lebanon, NH, USA. <sup>17</sup>Gastroenterology. Porto Comprehensive Cancer Centre (Porto. CCC). Oporto, Portugal. <sup>18</sup>Gastroenterology. St. Vincent's University Hospital, Elm Park. Dublin, Ireland. <sup>19</sup>Gastroenterology. St. Michael's Hospital, University of Toronto. Toronto, Ontario, Canada. <sup>20</sup>Gastroenterology. University of Wuerzburg. Wuerzburg, Germany. <sup>21</sup>Gastroenterology and Hepatology. Liverpool University Hospitals Foundation Trust. Liverpool, UK. <sup>22</sup>Endoscopia. Xanit Hospital Internacional. Benalmádena, Málaga. <sup>23</sup>Digestivo. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona. <sup>24</sup>Hepatología y Trasplante Hepático. Università Degli Studi di Milano-Bicocca. Milan, Italy. <sup>25</sup>Digestivo. Hospital General de Almansa. Almansa, Albacete. <sup>26</sup>Endoscopia. Hospital Univ. I Politènic la Fe. Valencia. <sup>27</sup>Hospital del Mar. Barcelona.

**Introducción:** La existencia de material fungible endoscópico caducado supone un problema medioambiental y un malgasto de recursos. La magnitud de este fenómeno no ha sido evaluada previamente.

Los objetivos de nuestro estudio fueron:

- 1. Estimar la prevalencia de dispositivos endoscópicos caducados y analizar su esterilidad.
- 2. Evaluar el coste económico y funcionalidad técnica ex vivo.

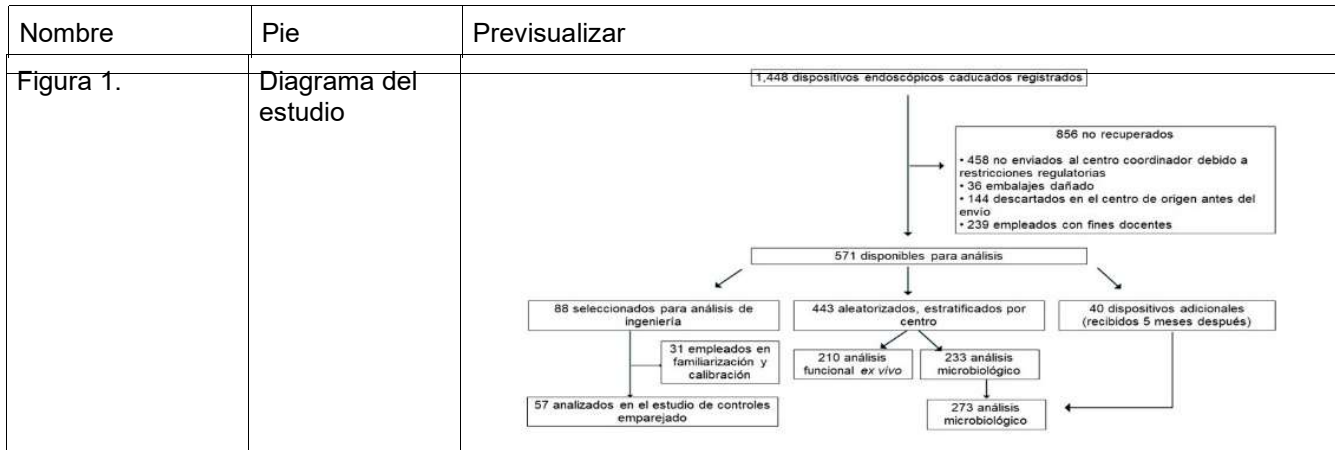
**Material y métodos:** Se desarrolló un estudio multicéntrico, internacional y prospectivo realizado en 25 hospitales entre diciembre 2023 y mayo 2025.

Fase 1: Estudio transversal de una semana para el inventario de los dispositivos caducados y caracterización de las unidades procedentes mediante un cuestionario institucional.

Fase 2: Evaluación microbiológica.

Fase 3: Análisis de la funcionalidad técnica en modelo porcino ex vivo por dos endoscopistas, emulando el uso clínico original del dispositivo.

Fase 4: Análisis físico-mecánico (morfología, elasticidad, conductividad, fuerza de cierre y rotura) en laboratorio de ingeniería con controles pareados no caducados.



**Resultados:** Se registraron 1448 dispositivos caducados (mediana: 42 por centro, rango: 3 - 262), siendo las asas de polipectomía los más frecuentes (n=185;12.8%).

La mediana de vida útil fue de 3 años (rango 1 – 5,6).

Se recuperaron 571 dispositivos para su análisis: 273 para evaluación microbiológica, 210 para análisis funcional ex vivo y 88 para pruebas físico-mecánicas.

Todos los dispositivos evaluados fueron estériles (100%, IC95% 99 - 100%).

Todos los dispositivos, salvo un sobretubo, mantuvieron intacta su funcionalidad técnica en el análisis ex vivo (99%, IC95% 97 - 100%).

No se encontraron diferencias físico-mecánicas relevantes respecto a los controles no caducados.

El coste económico estimado fue de 192.141,7 € (Media: 7.390,1 €/centro).

Nombre	Pie	Previsualizar
Tabla 1 y 2	Tabla 1. Dispositivos evaluados microbiológicamente Tabla 2. Dispositivos evaluados ex vivo	
Tabla 3 y 4	Tabla 3. Material caducado y controles no caducados para pruebas de ingeniería. Tabla 4. Pruebas fisicomecánicas comparativas entre el material caducado y los controles no caducados.	

**Conclusiones:**

La presencia de material endoscópico caducado representa un problema frecuente y de elevado coste económico. Los dispositivos caducados mantienen su esterilidad y funcionalidad más allá de la fecha de caducidad indicada por el fabricante.

Existe la necesidad de una mayor transparencia y reevaluación urgente de los criterios actuales de vida útil por parte de la industria y de las autoridades reguladoras.



## CO018 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL FRENTE A LA LUZ BLANCA EN LA EVALUACIÓN DE ESCARAS POST-POLIPECTOMÍA: ESTUDIO PRINCESS.

Presenta: Paula Molina Cortés

Molina Cortes, P; Martínez Cara, JG; Jiménez Rosales, R; López Valverde, F; Heredia Carrasco, C; López de Hierro Ruiz, M; Redondo Cerezo, E  
 Aparato Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

### Introducción:

La detección de recidiva tras polipectomía es clave para prevenir el cáncer colorrectal de intervalo, especialmente tras resecciones en fragmentos, con recurrencias del 12–24%, concentrándose hasta el 90% en los primeros 6 meses. Por ello, las guías recomiendan una colonoscopia a los 3–6 meses y otra al año para detectar recidiva tardía.

La endoscopia con luz blanca (WLE) puede no identificar recidivas sutiles, lo que ha motivado históricamente la biopsia sistemática de la escara. Sin embargo, la evidencia demuestra que las técnicas de imagen avanzada ofrecen una elevada precisión diagnóstica, conduciendo al abandono de la biopsia rutinaria. Aunque la cromosendoscopia virtual y la inteligencia artificial han mejorado la detección de pólipos, su utilidad en la evaluación de escaras post-polipectomía es limitada. El objetivo fue comparar el rendimiento diagnóstico de Texture and Colour Enhancement (TXI™) y la inteligencia artificial GI Genius™ frente a WLE en la revisión de escaras.

### Material y métodos:

Ensayo clínico aleatorizado en pacientes sometidos a vigilancia tras polipectomía piecemeal de lesiones ≥15mm. Cada escara fue evaluada por tres endoscopistas expertos, cegados entre sí, utilizando secuencialmente WLE, TXI™ o GI Genius™, previa aleatorización. Cada evaluador registró la presencia o ausencia de recidiva. Posteriormente, se realizó diagnóstico óptico mediante NBI. En ausencia de sospecha de recidiva se tomaron biopsias. El patrón oro fue el estudio anatomopatológico. Se realizó un análisis descriptivo. La concordancia con el gold estándar se evaluó mediante el test de McNemar. Se calcularon sensibilidad, especificidad y valores predictivos (VPP y VPN), junto con sus intervalos de confianza al 95%. La concordancia se analizó mediante el coeficiente kappa. Se utilizó STATA v16.1 para el análisis estadístico.

### Resultados:

Se analizaron 107 escaras correspondientes a 77 pacientes. La prevalencia de recidiva fue del 42%, siendo el 91,1% precoces.

La sensibilidad para la detección de recidiva fue del 82,2% para WLE, 80,0% para TXI™ y 71,1% para GI Genius™, con VPN del 87,3%, 85,5% y 80,9%, respectivamente, sin diferencias significativas entre técnicas. La concordancia entre los distintos métodos fue elevada (kappa 0,82–0,91).

La combinación de métodos mejoró el rendimiento, los resultados se recogen en la tabla 4. La combinación WLE + NBI mostró la mayor sensibilidad (86,7%) y VPN (89,5%), seguida de WLE + GI Genius™ con resultados del 84,4% y 88,5% respectivamente.

Nombre	Pie	Previsualizar																																				
Tabla 1.	Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio PRINCESS.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>N (%) o media +/- DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad</td> <td>67 ± 9,6</td> </tr> <tr> <td>Sexo masculino</td> <td>44 (57,1)</td> </tr> <tr> <td><b>Comorbilidades</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cardiovasculares</td> <td>44 (59,7)</td> </tr> <tr> <td>Respiratorias</td> <td>14 (18,9)</td> </tr> <tr> <td>Digestivas</td> <td>6 (7,8)</td> </tr> <tr> <td>Oncológicas</td> <td>6 (7,8)</td> </tr> <tr> <td>Endocrino-metabólicas</td> <td>24 (31,1)</td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>2 (2,6)</td> </tr> <tr> <td><b>ASAZit</b></td> <td>68 (88,3)</td> </tr> <tr> <td><b>Tratamiento antitrombótico</b></td> <td>20 (25,9)</td> </tr> <tr> <td>Antiagregación (AAS)</td> <td>15 (19,5)</td> </tr> <tr> <td>Anticoagulación</td> <td>5 (6,5)</td> </tr> <tr> <td><b>AINES</b></td> <td>6 (7,8)</td> </tr> <tr> <td><b>Estatinas</b></td> <td>33 (60,6)</td> </tr> <tr> <td><b>Antecedentes familiares CCR</b></td> <td>8 (10,4)</td> </tr> <tr> <td><b>Antecedentes personales CCR</b></td> <td>7 (9,1)</td> </tr> </tbody> </table> <p>CCR: cáncer colorrectal. AAS: ácido acetilsalicílico.</p>	Variables	N (%) o media +/- DE	Edad	67 ± 9,6	Sexo masculino	44 (57,1)	<b>Comorbilidades</b>		Cardiovasculares	44 (59,7)	Respiratorias	14 (18,9)	Digestivas	6 (7,8)	Oncológicas	6 (7,8)	Endocrino-metabólicas	24 (31,1)	Otras	2 (2,6)	<b>ASAZit</b>	68 (88,3)	<b>Tratamiento antitrombótico</b>	20 (25,9)	Antiagregación (AAS)	15 (19,5)	Anticoagulación	5 (6,5)	<b>AINES</b>	6 (7,8)	<b>Estatinas</b>	33 (60,6)	<b>Antecedentes familiares CCR</b>	8 (10,4)	<b>Antecedentes personales CCR</b>	7 (9,1)
Variables	N (%) o media +/- DE																																					
Edad	67 ± 9,6																																					
Sexo masculino	44 (57,1)																																					
<b>Comorbilidades</b>																																						
Cardiovasculares	44 (59,7)																																					
Respiratorias	14 (18,9)																																					
Digestivas	6 (7,8)																																					
Oncológicas	6 (7,8)																																					
Endocrino-metabólicas	24 (31,1)																																					
Otras	2 (2,6)																																					
<b>ASAZit</b>	68 (88,3)																																					
<b>Tratamiento antitrombótico</b>	20 (25,9)																																					
Antiagregación (AAS)	15 (19,5)																																					
Anticoagulación	5 (6,5)																																					
<b>AINES</b>	6 (7,8)																																					
<b>Estatinas</b>	33 (60,6)																																					
<b>Antecedentes familiares CCR</b>	8 (10,4)																																					
<b>Antecedentes personales CCR</b>	7 (9,1)																																					



<p>Tabla 2</p> <p>Características endoscópicas e histológicas del pólipo índice reseado mediante técnica piecemeal.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>N (%) o media +/- DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>Localización</b></td> </tr> <tr> <td>Ciego</td> <td>11 (14,3)</td> </tr> <tr> <td>Ascendente</td> <td>4 (5,2)</td> </tr> <tr> <td>Hepático</td> <td>5 (6,5)</td> </tr> <tr> <td>Trasverso</td> <td>12 (15,6)</td> </tr> <tr> <td>Esplénico</td> <td>3 (3,9)</td> </tr> <tr> <td>Descendente</td> <td>11 (14,3)</td> </tr> <tr> <td>Sigma</td> <td>8 (10,4)</td> </tr> <tr> <td>Recto</td> <td>17 (22,1)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Técnica resección (piecemeal)</b></td> </tr> <tr> <td>EMR (inyección submucosa)</td> <td>12 (15,6)</td> </tr> <tr> <td>EMR (underwater)</td> <td>2 (2,6)</td> </tr> <tr> <td>EMR (inyección) + APC</td> <td>62 (80,6)</td> </tr> <tr> <td>EMR (underwater) + APC</td> <td>1 (1,3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Tipo histológico</b></td> </tr> <tr> <td>Adenoma</td> <td>72 (93,1)</td> </tr> <tr> <td>Serrado</td> <td>4 (5,9)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Displasia</b></td> </tr> <tr> <td>Ausencia displasia</td> <td>42 (54,6)</td> </tr> <tr> <td>Bajo grado</td> <td>8 (10,4)</td> </tr> <tr> <td>Alto grado</td> <td>26 (33,8)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Áreas de carcinoma</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10 (13,0)</td> </tr> </tbody> </table> <p>EMR: resección mucosa endoscópica. APC: coagulación con argón plasma.</p>	Variables	N (%) o media +/- DE	<b>Localización</b>		Ciego	11 (14,3)	Ascendente	4 (5,2)	Hepático	5 (6,5)	Trasverso	12 (15,6)	Esplénico	3 (3,9)	Descendente	11 (14,3)	Sigma	8 (10,4)	Recto	17 (22,1)	<b>Técnica resección (piecemeal)</b>		EMR (inyección submucosa)	12 (15,6)	EMR (underwater)	2 (2,6)	EMR (inyección) + APC	62 (80,6)	EMR (underwater) + APC	1 (1,3)	<b>Tipo histológico</b>		Adenoma	72 (93,1)	Serrado	4 (5,9)	<b>Displasia</b>		Ausencia displasia	42 (54,6)	Bajo grado	8 (10,4)	Alto grado	26 (33,8)	<b>Áreas de carcinoma</b>			10 (13,0)
Variables	N (%) o media +/- DE																																																	
<b>Localización</b>																																																		
Ciego	11 (14,3)																																																	
Ascendente	4 (5,2)																																																	
Hepático	5 (6,5)																																																	
Trasverso	12 (15,6)																																																	
Esplénico	3 (3,9)																																																	
Descendente	11 (14,3)																																																	
Sigma	8 (10,4)																																																	
Recto	17 (22,1)																																																	
<b>Técnica resección (piecemeal)</b>																																																		
EMR (inyección submucosa)	12 (15,6)																																																	
EMR (underwater)	2 (2,6)																																																	
EMR (inyección) + APC	62 (80,6)																																																	
EMR (underwater) + APC	1 (1,3)																																																	
<b>Tipo histológico</b>																																																		
Adenoma	72 (93,1)																																																	
Serrado	4 (5,9)																																																	
<b>Displasia</b>																																																		
Ausencia displasia	42 (54,6)																																																	
Bajo grado	8 (10,4)																																																	
Alto grado	26 (33,8)																																																	
<b>Áreas de carcinoma</b>																																																		
	10 (13,0)																																																	
<p>Tabla 3</p> <p>Rendimiento diagnóstico de WLE, TXI™, GI Genius™ y NBI en la detección de recidiva en escaras post-polipectomía.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>% (IC 95%)</th> <th>WLE</th> <th>TXI</th> <th>GI Genius</th> <th>NBI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Sensibilidad</b></td> <td>82,2 (67,9–92,0)</td> <td>80,0 (65,4–90,4)</td> <td>71,1 (55,7–83,6)</td> <td>82,2 (67,9–92,0)</td> </tr> <tr> <td><b>Especificidad</b></td> <td>88,7 (78,1–95,3)</td> <td>85,5 (74,2–93,1)</td> <td>88,7 (78,1–95,3)</td> <td>82,3 (70,5–90,8)</td> </tr> <tr> <td><b>VPP</b></td> <td>84,1 (69,9–93,4)</td> <td>80,0 (65,4–90,4)</td> <td>82,1 (66,5–92,5)</td> <td>77,1 (62,7–88,0)</td> </tr> <tr> <td><b>VPN</b></td> <td>87,3 (76,5–94,4)</td> <td>85,5 (74,2–93,1)</td> <td>80,9 (69,5–89,4)</td> <td>86,4 (75,0–94,0)</td> </tr> </tbody> </table> <p>VPP: valor predictivo positivo. VPN: valor predictivo negativo.</p>	% (IC 95%)	WLE	TXI	GI Genius	NBI	<b>Sensibilidad</b>	82,2 (67,9–92,0)	80,0 (65,4–90,4)	71,1 (55,7–83,6)	82,2 (67,9–92,0)	<b>Especificidad</b>	88,7 (78,1–95,3)	85,5 (74,2–93,1)	88,7 (78,1–95,3)	82,3 (70,5–90,8)	<b>VPP</b>	84,1 (69,9–93,4)	80,0 (65,4–90,4)	82,1 (66,5–92,5)	77,1 (62,7–88,0)	<b>VPN</b>	87,3 (76,5–94,4)	85,5 (74,2–93,1)	80,9 (69,5–89,4)	86,4 (75,0–94,0)																							
% (IC 95%)	WLE	TXI	GI Genius	NBI																																														
<b>Sensibilidad</b>	82,2 (67,9–92,0)	80,0 (65,4–90,4)	71,1 (55,7–83,6)	82,2 (67,9–92,0)																																														
<b>Especificidad</b>	88,7 (78,1–95,3)	85,5 (74,2–93,1)	88,7 (78,1–95,3)	82,3 (70,5–90,8)																																														
<b>VPP</b>	84,1 (69,9–93,4)	80,0 (65,4–90,4)	82,1 (66,5–92,5)	77,1 (62,7–88,0)																																														
<b>VPN</b>	87,3 (76,5–94,4)	85,5 (74,2–93,1)	80,9 (69,5–89,4)	86,4 (75,0–94,0)																																														
<p>Tabla 4</p> <p>Rendimiento diagnóstico de la combinación de técnicas en la revisión de escaras post-polipectomía.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>% (IC 95%)</th> <th>WLE+TXI</th> <th>WLE+Genius</th> <th>TXI+NBI</th> <th>WLE+NBI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Sensibilidad</b></td> <td>82,2 (67,9–92,0)</td> <td>84,4 (70,5–93,5)</td> <td>84,4 (70,5–93,5)</td> <td>86,7 (73,2–94,9)</td> </tr> <tr> <td><b>Especificidad</b></td> <td>82,3 (70,5–90,8)</td> <td>87,1 (76,1–94,3)</td> <td>82,3 (70,5–90,8)</td> <td>82,3 (70,5–90,8)</td> </tr> <tr> <td><b>VPP</b></td> <td>77,1 (62,7–88,0)</td> <td>82,6 (68,6–92,2)</td> <td>77,6 (63,4–88,2)</td> <td>78,0 (64,0–88,5)</td> </tr> <tr> <td><b>VPN</b></td> <td>86,4 (75,0–94,0)</td> <td>88,5 (77,8–95,3)</td> <td>87,9 (76,7–95,0)</td> <td>89,5 (78,5–96,0)</td> </tr> </tbody> </table> <p>VPP: valor predictivo positivo. VPN: valor predictivo negativo.</p>	% (IC 95%)	WLE+TXI	WLE+Genius	TXI+NBI	WLE+NBI	<b>Sensibilidad</b>	82,2 (67,9–92,0)	84,4 (70,5–93,5)	84,4 (70,5–93,5)	86,7 (73,2–94,9)	<b>Especificidad</b>	82,3 (70,5–90,8)	87,1 (76,1–94,3)	82,3 (70,5–90,8)	82,3 (70,5–90,8)	<b>VPP</b>	77,1 (62,7–88,0)	82,6 (68,6–92,2)	77,6 (63,4–88,2)	78,0 (64,0–88,5)	<b>VPN</b>	86,4 (75,0–94,0)	88,5 (77,8–95,3)	87,9 (76,7–95,0)	89,5 (78,5–96,0)																							
% (IC 95%)	WLE+TXI	WLE+Genius	TXI+NBI	WLE+NBI																																														
<b>Sensibilidad</b>	82,2 (67,9–92,0)	84,4 (70,5–93,5)	84,4 (70,5–93,5)	86,7 (73,2–94,9)																																														
<b>Especificidad</b>	82,3 (70,5–90,8)	87,1 (76,1–94,3)	82,3 (70,5–90,8)	82,3 (70,5–90,8)																																														
<b>VPP</b>	77,1 (62,7–88,0)	82,6 (68,6–92,2)	77,6 (63,4–88,2)	78,0 (64,0–88,5)																																														
<b>VPN</b>	86,4 (75,0–94,0)	88,5 (77,8–95,3)	87,9 (76,7–95,0)	89,5 (78,5–96,0)																																														

**Conclusiones:**

En la revisión de escaras post-polipectomía, TXI™ y GI Genius™ muestran una precisión diagnóstica comparable a WLE sin superioridad clara cuando se emplean de forma aislada. La combinación de técnicas, especialmente la combinación WLE con GI Genius™ o NBI, mejoran la sensibilidad y el VPN.

Estos resultados apoyan el uso combinado de estas técnicas para la vigilancia post-polipectomía, en un contexto en el que la recomendación de no biopsias puede incrementar la recidiva inadvertida.



## CO019 - ¿QUÉ APRENDER PRIMERO: DSE O POEM? TRANSFERENCIA UNIDIRECCIONAL DE HABILIDADES EN ENDOSCOPIA DEL TERCER ESPACIO

Presenta: Mónica Sánchez Alonso

Sánchez Alonso, M<sup>1</sup>; Sánchez-Yague, A<sup>2</sup>; Lanas Gimeno, A<sup>3</sup>; de Frutos Rosa, D<sup>4</sup>; Jurado García, J<sup>5</sup>; Fraile, M<sup>6</sup>; Miranda García, P<sup>7</sup>; Rojo Aldama, E<sup>7</sup>; Terán Lantarón, Á<sup>8</sup>; Marín Gabriel, JC<sup>9</sup>; Uchima Koecklin, H<sup>10</sup>; Rodríguez Sánchez, J<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Digestivo. Centro de Simulación Endoscópica ENDOAULA. Ciudad Real. <sup>2</sup>Digestivo. Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. <sup>3</sup>Digestivo. Hospital Univ. 12 de Octubre. Madrid. <sup>4</sup>Digestivo. Hospital Univ. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. <sup>5</sup>Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba. <sup>6</sup>Digestivo. Hospital Univ. Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>7</sup>Digestivo. Hospital Univ. de La Princesa. Madrid. <sup>8</sup>Digestivo. Hospital Univ. Marqués de Valdecilla. Instituto Investigación Valdecilla (IDIVAL). Santander. <sup>9</sup>Digestivo. Hospital Univ. 12 de Octubre. Madrid. <sup>10</sup>Digestivo. Hospital Univ. Germans Triás I Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>11</sup>Digestivo. Centro de Simulación Endoscópica ENDOAULA. Ciudad Real.

### Introducción:

Se asume que la experiencia en disubmucosa endoscópica (DSE) facilita el aprendizaje de la miotomía endoscópica peroral (POEM) y la reendoscópica asistida por túnel submucoso (STER), pero esta transferencia de habilidades no ha sido cuantificada hasta ahora. Se desconoce si es bidireccional y cuántas DSE son necesarias para optimizar los resultados en otras técnicas de tercer espacio. En base a esto, nuestros objetivos han sido: 1) cuantificar el efecto de la experiencia acumulada en DSE sobre los resultados del POEM y el STER en modelo de simulación ex vivo y 2) determinar la direccionalidad de la transferencia de habilidades

### Material y métodos:

Realizamos un estudio prospectivo de 32 alumnos dentro de un programa de formación en tercer espacio con modelos ex-vivo durante 2025. Se analizaron 1.066 procedimientos con secuencia temporal registrada: 864 DSE (32 alumnos), 114 POEM (31 alumnos), 59 STER (29 alumnos) y 29 GPOEM (21 alumnos). Para cada procedimiento se calculó la experiencia acumulada previa del alumno tanto en DSE como en procedimientos de tercer espacio durante su proceso de formación.

Se analizaron los resultados según tipo de procedimiento y sus complicaciones: reen bloque, perforación y complejidad para DSE y STER; perforación y complejidad para POEM y GPOEM (miotomías sin pieza de resección); y duración para todos. Se empleó regresión logística multivariante ajustada por la curva de aprendizaje propia de cada procedimiento diana. Los perfiles de aprendizaje se clasificaron mediante análisis CUSUM (Cumulative Sum) de un Score Compuesto de Rendimiento en DSE.

### Resultados:

La experiencia acumulada en DSE fue un predictor independiente y potente de la perforación en POEM: cada DSE adicional redujo el riesgo un 11,4% (OR 0,886; IC95% 0,832-0,943; p=0,0001), con un descenso de la tasa del 26,1% en alumnos con menos procedimientos acumulados DSE frente al 3,0% en aquellos con más procedimientos, lo que supone una reducción de 8,7 veces (Figura 1).

El número propio de POEM no alcanzó significación como predictor de perforación (OR 0,751; p=0,199), lo que revela que la

experiencia en DSE transfiere más al POEM que la propia repetición del POEM (Figura 2). Para el

STER, cada DSE previa incrementó la reen bloque un 18,6% (OR 1,186; IC95% 1,061-1,326;

p=0,003) progresando del 75,0% al 100,0% entre terciles de exposición (tabla 1). La transferencia de habilidades resultó unidireccional: la experiencia previa a tercer espacio (POEM, STER) no mejoró la DSE subsiguiente, ni en perforación (OR 0,961; p=0,568) ni en reen bloque (OR 0,959; p=0,469)(Figura 3).

Nombre	Pie	Previsualizar					
Tabla 1	Número de procedimientos POEM por tercil de exposición DSE previa (31 alumnos).	Experiencia DSE previa	n	Perforación	Proc. completado*	Duración (min)	p
		Baja (<20 DSE)	46	26,1%	93,5%	66 ± 29	—
		Media (20–30 DSE)	35	5,7%	97,1%	88 ± 34	—
		Alta (>30 DSE)	33	3,0%	93,9%	74 ± 39	—
		<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>13,2%</b>	<b>94,7%</b>	<b>75 ± 35</b>	—
		OR ajustado /DSE	—	<b>0,886</b>	0,958	β=+0,53	—
		IC 95%	—	<b>0,832–0,943</b>	0,882–1,040	0,01 a 1,05	—
		p	—	<b>0,0001</b>	0,304	0,048	—

\*Proc. completado = miotomía finalizada con éxito (el POEM no implica resección). Regresión logística/lineal ajustada por nº secuencial de POEM (curva de aprendizaje propia). El nº de POEM no fue significativo para perforación (OR 0,751; p=0,20).



<p>Figura 2</p> <p>Influencia de la experiencia en DSE en los resultados del POEM</p>		
<p>Figura 3</p> <p>Resultados de los procedimientos de tercer espacio</p>		
<p>Figura 1</p> <p>Tasa de mejora en POEM por cada procedimiento de DSE</p>		

**Conclusiones:**

El aprendizaje de DSE constituye el fundamento técnico básico de la endoscopia del tercer espacio, con una transferencia de habilidades significativa, unidireccional y dependiente de la experiencia técnica acumulada. Estos datos respaldan un modelo curricular secuencial que priorice al menos 20-25 DSE supervisadas antes de abordar procedimientos de tercer espacio.



## CO020 - MEDICIÓN DEL GRADIENTE DE PRESIÓN PORTAL POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE): UTILIDAD CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AGUDA AL PROPRANOLOL INTRAVENOSO.

Presenta: Rafael Romero Castro

Romero-Castro, R<sup>1</sup>; Carmona-Soria, I<sup>1</sup>; Grande-Santamaria, L<sup>1</sup>; Bellido-Muñoz, F<sup>1</sup>; Cordero-Ruiz, P<sup>1</sup>; Fernández-Álvarez, P<sup>1</sup>; Teomiro-Custodio, C<sup>1</sup>; Jiménez García, V<sup>1</sup>; García-Pérez, J<sup>2</sup>; Ortiz-Moyano, C<sup>1</sup>; Argüelles-Arias, F<sup>1</sup>; Rodríguez-Téllez, M<sup>1</sup>; Caunedo-Álvarez, Á<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Aparato Digestivo. <sup>2</sup>Anestesiología y Reanimación. Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla.

### Introducción:

La presión portal puede medirse directamente por USE. Presentamos nuestra experiencia en la medición del gradiente de presión portal guiada por USE (USE-GPP).

### Material y métodos:

Estudio prospectivo de pacientes remitidos para USE-GPP. Se utilizó una aguja específica de 25 G. Para la biopsia hepática bilobar guiada por USE (USE-BHB), se utilizó una aguja de 19 G. Tras la USE-GPP basal, se administró propranolol intravenoso (0,15 mg/kg) mediante infusión continua y se repitió la USE-GPP 15 minutos después.

### Resultados:

Se realizó USE-GPP en 81 pacientes. Indicaciones: Evaluación de MASLD en pacientes con obesidad mórbida: 43. Hipertensión portal: 27. Evaluación para terapia curativa en carcinoma hepatocelular: 3. Respuesta aguda al propranolol intravenoso: 8. Se realizaron procedimientos adicionales, 54 USE-BHB (67%), ligadura de varices esofágicas 4 y terapia de varices gástricas guiada por USE 1. Se obtuvo el USE-GPP en 70/81 pacientes (91%). En 12/43 pacientes con obesidad mórbida (28%) la USE-GPP fue >6 mmHg y hubo diferencia estadísticamente significativa en la puntuación S3 de esteatosis en el grupo que tenían hipertensión portal (33%), sin fibrosis, comparada con el grupo sin hipertensión portal (4%). Los pacientes fueron tratados de acuerdo con los resultados de USE-GPP. Se observó una reducción significativa del GPP (mayor del 20%) en 4 pacientes tratados con propranolol intravenoso. En los otros tres, el GPP fue normal, evitando el uso crónico de betabloqueantes y el otro paciente no respondió al propranolol iv. Se observaron tres eventos adversos: un dolor epigástrico leve, una hemorragia autolimitada del cardias y una fibrilación auricular.

### Conclusiones:

El USE-GPP, incluso combinado con la USE-BHB y otros procedimientos, parece seguro y proporciona información clínica relevante. Un porcentaje considerable de pacientes con obesidad mórbida fueron diagnosticados precozmente de hipertensión portal en etapas tempranas reversibles sin fibrosis hepática. Se puede valorar la respuesta hemodinámica aguda al propranolol intravenoso por USE-GPP



## CO021 - IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS COMPLICACIONES EN ENDOSCOPIA AVANZADA: PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Presenta: Nelson Daniel Salazar Parada

Salazar Parada, ND; Bautista Altamirano, C; Vázquez Gómez, D; Arberas Diez, B; Ibáñez Pinto, A; Esteban Fernández-Zarza, C; Rojo Aldama, E; Salces, I; Herranz, R; Casals Seoane, F; Olivares, R; Pérez Poveda, JJ; Rodríguez Muñoz, S

Aparato Digestivo. Hospital Ruber Juan Bravo. Madrid.

### Introducción:

La endoscopia terapéutica ha evolucionado significativamente, con procedimientos cada vez más complejos que conllevan mayor riesgo de complicaciones. Mientras que los eventos adversos graves impactan profundamente a los pacientes (primeras víctimas), su efecto psicológico en los endoscopistas (segundas víctimas) continúa poco estudiado en nuestro entorno. Este estudio evaluó la prevalencia de síntomas de estrés postraumático (SEPT) y los factores de riesgo asociados en endoscopistas avanzados en España.

### Material y métodos:

Se realizó un estudio transversal durante las Jornadas de Endoscopia Avanzada celebradas en el Hospital Ruber Juan Bravo (Madrid) en 09/2025. Los participantes completaron el cuestionario validado PCL-5 (criterios DSM-5) para evaluar prevalencia y gravedad de los síntomas de estrés postraumático. Se analizaron los datos de 85 respuestas completas (de 100 recogidas; 15 excluidas por incompletas) utilizando SPSS versión 31.

### Resultados:

La edad media de los participantes fue de 46,34 años (DE 9,96), con 55,29% de varones. La prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue del 12,94% (n=11), mientras que el 31,76% (n=27) presentó síntomas significativos sin cumplir criterios diagnósticos completos. Entre los participantes sintomáticos, la distribución de gravedad fue: leve (18,17%; n=21), moderada (12,94%; n=11) y grave (8,23%; n=7). El análisis univariante identificó la realización de  $\geq 12$  procedimientos por lista de endoscopia como posible factor de riesgo ( $p=0,04$ ), aunque esta asociación no se mantuvo en el análisis multivariante. No se encontraron asociaciones significativas con edad, sexo ni años de experiencia.

### Conclusiones:

Se identificó una prevalencia no despreciable de TEPT entre endoscopistas avanzados en nuestro entorno. Estos hallazgos subrayan la necesidad de reconocer al endoscopista como posible segunda víctima y promover estrategias institucionales de apoyo psicológico y prevención. En un campo donde la precisión técnica es esencial, nuestros resultados enfatizan que el bienestar emocional del endoscopista constituye un componente crítico de la seguridad del paciente.