

HOTEL ENJOY PUCÓN • 27-29 NOVIEMBRE 2024



# CONGRESO CHILENO DE GASTROENTEROLOGÍA

“PREVENCIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA”

TEMUCO • 25-26 NOV

CURSO PRE CONGRESO ACHED (TALLER PRÁCTICO WEO)

HOTEL ENJOY PUCÓN • 26 NOV

CURSO PRE CONGRESO ACTECCU

## **Suplemento N°1-2024 de Revista Gastroenterología Latinoamericana**



Contents.....	i
Bienvenida la versión 50 de congresos de la sociedad chilena de Gastroenterología.....	1
#2 - UNA INTERVENCIÓN DUAL FÍSICA Y NUTRICIONAL REDUCE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS ALISTADOS PARA TRASPLANTE HEPÁTICO. ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO.....	2
#3 - MICROBIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.....	3
#4 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA COLORRECTAL EN EL CONTEXTO DE UN PROTOCOLO ERAS®.....	4
#5 - RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN ETAPA TEMPRANA EN PACIENTES CON Y SIN HIPERTENSIÓN PORTAL: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.....	5
#6 - SOSPECHA DE HEMOCROMATOSIS CON RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA PROTOCOLO T2*.....	6
#7 - ALTO VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON LUZ BLANCA PARA CONDICIONES PRE-NEOPLÁSICAS GÁSTRICAS DE ALTO RIESGO.....	8
#8 - RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE VÁRICES GASTROESOFÁGICAS EN UCI: ANÁLISIS DE 34 CASOS EN UN CENTRO Terciario.....	11
#10 - ENDOSCOPIA VERDE: MEDICION DEL IMPACTO AMBIENTAL DE UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y VIAS PARA DISMINUIR NUESTRA HUELLA DE CARBONO.....	12
#11 - ANÁLISIS DE COSTO POR EVENTO CLINICO ESPECÍFICO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA MODERADA-GRAVE EN CHILE.....	13
#12 - RESPUESTA CLINICA A UNA DIETA BAJA EN FRUCTOSA SOBRE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS.....	15

#13 - PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CON ESTUDIO DE PH METRÍA INALÁMBRICA PROLONGADA PARA PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.....	16
#14 - EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES CHILENOS CON DIABETES TIPO 2.....	17
#15 - ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN SU PRÁCTICA CLÍNICA.....	19
#16 - ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	20
#17 - CARACTERÍSTICAS ELECTROGASTROGRÁFICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME DE VÓMITO CÍCLICO VERSUS CONTROLES SANOS.....	22
#18 - COMPARACIÓN DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SOBRECRECIMIENTO INTESTINAL POR FLORA PRODUCTORA DE METANO (IMO) ¿ESTAMOS SOBREDIAGNOSTICANDO A NUESTROS PACIENTES?.....	23
#20 - EXPERIENCIA PRELIMINAR CON LA MANIOBRA “STRAIGHT LEG-RAISE” (SLR) DURANTE LA MANOMETRIA DE ALTA RESOLUCION EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO.....	24
#21 - SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI- <i>HELICOBACTER PYLORI</i> EN PACIENTES VIH EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	26
#22 - DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD.....	27
#23 - ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN ANORMAL DEL GEN P53 A TRAVÉS DE INMUNOHISTOQUÍMICA Y LA PROGRESIÓN HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT: ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO.....	29
#24 - CUANTIFICACION DEL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DEL VIRUS HEPATITIS B (qHBsAg) EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIVIRAL CON ENTECAVIR O TENOFOVIR.....	31
#25 - LA MASA MUSCULAR, INDEPENDIENTE DEL GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA, ATENÚA LA PROGRESIÓN DE LA DISFUNCIÓN METABÓLICA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO.....	



#26 - PREVALENCIA DE VIRUS DE HEPATITIS B Y C MEDIANTE TAMIZAJE CON TEST RÁPIDO EN UNA COHORTE CHILENA.....	34
#27 - TABACO Y RIESGO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ANÁLISIS PRELIMINAR DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE CASOS INCIDENTES.....	37
#28 - CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, E HISTOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO, ENTRE LOS AÑOS 2018-2023.....	38
#29 - LA ANEMIA SE ASOCIA CON ACTIVIDAD BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	39
#30 - EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO LOCAL PARA EL MANEJO DE DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS DE LA ARAUCANÍA SUR: PERSPECTIVA DESDE EL CONSENSO CHILENO.....	42
#31 - MANEJO TERAPÉUTICO DE COLITIS ULCEROSA AGUDA GRAVE DESDE LA INCORPORACIÓN DE INFLIXIMAB A LA LEY RICARTE SOTO, EXPERIENCIA EN HOSPITAL TERCIARIO.....	43
#32 - EFECTO DEL USO DE LAXANTES EN EL TEST DE AIRE ESPIRADO CON LACTULOSA.....	45
#33 - EL IMPACTO PARADÓJICO DE LA ASCENDENCIA AMERINDIA EN LOS FENOTIPOS CLÍNICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN Y LA COLITIS ULCEROSA: UN ESTUDIO EN UNA POBLACIÓN SUDAMERICANA.....	47
#34 - LABOR DE LA ENFERMERA EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLIARIO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.....	49
#35 - CARACTERIZACIÓN SEGÚN GRUPOS RELACIONADOS AL DIAGNÓSTICO (GRD) DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL HOSPITALIZADOS POR COVID-19 DURANTE LA PANDEMIA EN HOSPITALES PUBLICOS EN CHILE.....	50
#36 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CHILE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SEGÚN GRUPOS RELACIONADOS AL DIAGNÓSTICO (GRD) ENTRE 2019 Y 2022.....	52
#37 - ADHERENCIA DE LOS GASTROENTEROLOGOS A LAS PAUTAS ESTABLECIDAS EN CONSENSO STRIDE II Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A LAS INDICACIONES.....	



#38 - INHIBIDORES JANUS KINASAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL DE UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	55
#39 - PERFIL CLÍNICO Y RESULTADOS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN UCI: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.....	58
#40 - CINÉTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA IGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA, REALIDAD DE UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	59
#41 - ¿GLUCOSA O LACTULOSA COMO SUSTRATO EN EL ESTUDIO DE PRESENCIA DE ARQUEAS EN INTESTINO DELGADO Y SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL?.....	60
#42 - HALLAZGOS EN MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES DERIVADOS PARA ESTUDIO PRE OPERATORIO DE HERNIA HIATAL.....	61
#43 - ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL ESTUDIO DE ELECTROGASTROGRAFÍA DE SUPERFICIE ENTRE DISPEPSIA FUNCIONAL Y GASTROPARESIA?.....	64
#44 - EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, POSIBLES FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD.....	65
#45 - ACTUALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE <i>HELICOBACTER PYLORI</i> E INDICACIONES DE TRATAMIENTO: DATOS DEL LATIN AMERICAN REGISTRY ON <i>HELICOBACTER PYLORI</i> MANAGEMENT (Hp-LATAMReg).....	67
#47 - LAS TERAPIAS CUÁDRUPLES SON SUPERIORES A LA TERAPIA TRIPLE CON CLARITROMICINA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i> EN LATINOAMÉRICA. DATOS DEL LATIN AMERICAN REGISTRY ON THE MANAGEMENT OF <i>HELICOBACTER PYLORI</i> INFECTION (HP-LATAMREG).....	70
#48 - EL DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS AUTOINMUNE ES FACTIBLE SIN LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA HEPÁTICA: COHORTE DE RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS MULTIVARIADOS.....	72
#49 - PREVALENCIA DE <i>HELICOBACTER PYLORI</i> EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA POR TEST DE UREASA EN PACIENTES DE 2 CENTROS DE LA CUARTA REGIÓN ENTRE Y SEPTIEMBRE 2024.....	75



#50 - IDENTIFICACIÓN DE LA EXPRESIÓN ABERRANTE DE P53 POR INMUNOHISTOQUÍMICA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT: RESULTADOS PREELIMINARES DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CHILENO.....	76
#51 - CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS AUTOINMUNES Y ROL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS PARIETALES EN LA EXTENSIÓN CORPORAL DE CONDICIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS Y EL CÁNCER GÁSTRICO.....	79
#52 - EFICACIA Y COMPLICACIONES DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN ADULTOS MAYORES Y ADULTOS MAYORES EXTREMOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	81
#53 - PROPUESTA DE UN MODELO SIMPLE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD A CORTO PLAZO EN CIRRÓTICOS CON SHOCK SÉPTICO.....	84
#54 - PREDICTORES IMAGENOLÓGICOS DE MALIGNIDAD EN LESIONES QUIÍSTICAS PANCREÁTICAS Y SU CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA.....	85
#55 - PREDICCIÓN DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE VARIABLES CLÍNICAS Y GENÉTICAS CON MACHINE LEARNING.....	87
#56 - HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PREVALENCIA Y SU RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICOS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN.....	89
#57 - IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIGNOSTICO DE POLIPOS DE COLON.....	91
#58 - NIVELES DE METABOLITOS DE TIOPURINAS ¿ÚTILES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?.....	92
#59 - IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN DETECCIÓN DE LESIONES EN SEGUNDA REVISIÓN DE COLON DERECHO.....	94
#60 - USO DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DE CHILE.....	95
#62 - PAPEL DE LA ENDOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA.....	98



#63 - EVALUACION DE LAS COMPLICACIONES DEL USO DE CATÉTER DE DRENAJE PERITONEAL TRANSITORIO PARA MANEJO DE ASCITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS..... 99

#64 - USO DEL TEST DE SANGRE OCULTA INMUNOLOGICA EN DEPOSICIONES COMO HERRAMIENTA PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES REFERIDOS A COLONOSCOPIA..... 100

#65 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES CON GASTRITIS AUTOINMUNE..... 102

#66 - ¿ES CONVENIENTE EXTENDER EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL SOBRE LOS 75 AÑOS? - UNA PERSPECTIVA SUDAMERICANA..... 103

#67 - IMPACTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LOS NIVELES DE TRANSAMINASAS EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO CHILEMED..... 105

#68 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES REINFECTADOS POR VIRUS HEPATITIS C EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE EN LOS AÑOS 2018 Y 2024..... 108

#69 - COMPARACIÓN ENTRE LOS CRITERIOS DE MILÁN, EL MODELO FRANCÉS DE ALFA-FETOPROTEÍNA Y METROTICKET 2.0 PARA EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR..... 110

#70 - MONITORIZACION TERAPEUTICA DE GOLIMUMAB EN EL MANEJO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (CU) EN CLINICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES..... 112

#72 - ENFERMEDAD CELÍACA EN CHILE: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN PROGRAMA DE CONTROL EN UNA CLÍNICA UNIVERSITARIA..... 113

#73 - EL ROL DE LA ACTIVACIÓN DE MASTOCITOS INDUCIDA POR SUSTANCIA P EN LA FIBROSIS HEPÁTICA EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATOSICA ASOCIADA A DISFUCION METABÓLICA..... 116

#74 - EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON CAVERNOMATOSIS PORTAL: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE HEMORRAGIA Y HOSPITALIZACIÓN.... 117

#75 - EVALUACION DE LA REMISION ENDOSCOPICA E HISTOLOGICA COMO PREDICTORES DE BROTE DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN PACIENTES CON COL ULCEROSA.....



#76 - RELACIÓN DE MARCADORES CLÍNICOS, ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO CON LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA.....	119
#77 - IMPACTO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII).....	120
#79 - EFECTIVIDAD Y EVALUACIÓN DE RESISTENCIA DE LA CUADRITERAPIA CONCOMITANTE EN POBLACIÓN ADULTA EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA.....	122
#80 - RESULTADOS A 6 MESES DE PACIENTES TRASPLANTADOS POR ACLF EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE JOVEN EN CHILE.....	123
#81 - COBERTURA DEL TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL Y ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE COLONOSCOPIA EN CHILE. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017.....	126
#82 - USO DE AMIKACINA Y RIESGO DE NEFROTOXICIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA HOSPITALIZADOS POR SEPSIS.....	127
#83 - EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE CLASIFICACIONES ENDOSCÓPICAS PARA LA DETECCIÓN DE CONDICIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN POBLACIÓN CHILENA: ¿ES POSIBLE LLEGAR A PRESCINDIR DE LAS BIOPSIAS?.....	129
#84 - EFECTOS ADVERSOS A TIOPURINAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SE ASOCIAN A MAYOR EDAD Y MENOR ÍNDICE DE MASA CORPORAL.....	132
#85 - DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, DE CHILE, ENTRE LOS AÑOS 2021 - 2023.....	133
#86 - ROL DEL SCORE ENDOSCÓPICO PARA PREDECIR RESPUESTA HISTOLÓGICA A TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	135
#87 - ANÁLISIS DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON PÓLIPOS ADENOMATOSOS.....	136
#88 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL PANEL SEROLÓGICO GÁSTRICO COMBINADO CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO DE CONDICIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN CHILE: ¿PODEMOS HACER MENOS ENDOSCOPIAS?.....	137



#89 - ESTUDIO PILOTO: USO DE CIPROFIBRATO COMO ALTERNATIVA EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA.....	140
#90 - CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO: ANÁLISIS DE 11 AÑOS DE INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA EN UN CENTRO TERCARIO DE SANTIAGO DE CHILE.....	141
#91 - CARACTERIZACIÓN DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	142
#92 - FACTORES ASOCIADOS CON HÍGADO GRASO EN SUJETOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ESTUDIO RETROSPECTIVO TRANSVERSAL EN POBLACIÓN CHILENA.....	143
#93 - PROCESAMIENTO DE IMÁGENES POR INTELIGENCIA-ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN DEL PATRÓN GLANDULAR Y ATROFIA MODERADA-SEVERA DE LA MUCOSA GÁSTRICA: ESTUDIO DIAGNÓSTICO PARA PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO.....	144
#94 - CARACTERIZACIÓN ENDOSCOPICA E HISTOLOGICA EN ADULTOS ESTUDIADOS POR DISFAGIA, EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA EN HOSPITAL PUBLICO DE SANTIAGO CHILE, ENTRE 2022 y 2023.....	146
#95 - RE-ESTADIFICACIÓN HISTOLÓGICA DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA AVANZADA SEGÚN EL GRADO DE INFLAMACIÓN EN LAS BIOPSIAS: ¿ES POSIBLE LA REGRESIÓN?.....	147
#96 - PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA DIAGNOSTICADA POR ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN POBLACIÓN GENERAL AMBULATORIA.....	150
#97 - RELACIÓN ENTRE CURVA PLANA DE HIDRÓGENO-METANO EN TEST DE AIRE ESPIRADO LACTULOSA Y CONSTIPACIÓN, EN PACIENTES DERIVADOS POR SOSPECHA DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN INTESTINO DELGADO.....	153
#98 - COMPARACIÓN ENTRE LOS TEST DE AIRE ESPIRADOS REALIZADOS EN HORARIO AM Y LOS REALIZADOS EN HORARIO PM, PARA EL DIAGNÓSTICO DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL.....	154
#99 - PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO PILOTO.....	155
#100 - Encuesta Panamericana de Investigación sobre la Prevalencia de Condiciones Preneoplásicas Gástricas y las Capacidades de las Unidades de Endoscopia en Latinoan Caribe: Fase piloto en Chile.....	



#101 - Quimioembolización transarterial con partículas liberadoras de doxorubicina como terapia para hepatocarcinoma celular..... 158

#102 - Evaluación de la resecabilidad de neoplasias epiteliales incipientes gástricas mediante disección endoscópica submucosa..... 159

#103 - BRECHA DE ARSENAL FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍA FUNCIONAL GASTROINTESTINAL: DIFERENCIAS ENTRE RECOMENDACIONES DE PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO Y DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA..... 162

#104 - EFECTIVIDAD DE INTENSIFICACIÓN DE TERAPIA ANTI -TNF EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA. ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO EN UN CENTRO TERCIARIO..... 163

#105 - EFECTIVIDAD DE INTENSIFICACIÓN DE TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO EN UN CENTRO TERCIARIO..... 164

#106 - FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL USANDO LOS CRITERIOS DE FRIED MODIFICADO..... 165

#107 - PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* Y SU CORRELACION CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER GASTRICO EN POBLACION ADULTA DE LA ARAUCANIA..... 168

#108 - ANÁLISIS DE ÁCIDOS BILIARES SÉRICOS Y EN VESÍCULAS EXTRACELULARES: POTENCIALES BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA POR ALCOHOL..... 169

#109 - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN CHILE: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL CHILEII..... 170

#110 - ANÁLISIS DE INDICADORES PRIORITARIOS DE CALIDAD COLONOSCÓPICA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO TERCIARIO DE SANTIAGO, CHILE... 172

#111 - EVALUACIÓN DE 5 ÍNDICADORES DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIA DE LA REGIÓN METROPOLITANA..... 174

#112 - IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE DONANTE VIVO SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO..... 175

#114 - CORRELACIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA POR ULTRASONOGRAFÍA CON RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS Y RESPUESTA A TERAPIA EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE.....



#115 - Sistemas de estadificación OLGA y OLGIM en la evaluación del riesgo de cáncer gástrico: una revisión sistemática y metaanálisis de cohortes.....	178
#116 - PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA: UNA ENCUESTA A PROFESIONALES DE SALUD.....	181
#117 - TUBERCULOSIS LATENTE Y ACTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA ERA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA.....	182
#118 - SITUACIÓN DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA SÉPTIMA REGIÓN DE CHILE AÑOS 2021-2022 Y 2023.....	183
#119 - EXPERIENCIA CON LA TÉCNICA DE MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL (POEM) PARA MANEJO DE ACALASIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD.....	184
#120 - ESTRÉS, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: INDICADORES DE SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA.....	185
#121 - UTILIDAD Y RENDIMIENTO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN PATOLOGÍA DEL INTESTINO DELGADO.....	186
#122 - ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE MICROTUBULE ASSOCIATED SCAFFOLD PROTEIN 1 EN CÁNCER GÁSTRICO.....	187
#123 - ENFERMEDAD MINERAL OSEA EN PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.....	188
#124 - COMPARACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA HEPÁTICA POR ENDOSONOGRFÍA VERSUS LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA.....	190
#126 - NEOPLASIAS QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: RIESGO DE MALIGNIZACIÓN EN UNA COHORTE DE 901 PACIENTES. ANÁLISIS PRELIMINAR.....	191
#127 - ERGONOMÍA EN ENDOSCOPIA – ENCUESTA A ENDOSCOPISTAS DE HOSPITAL CLÍNICO CHILENO.....	192



# Bienvenida la versión 50 de congresos de la sociedad chilena de Gastroenterología

Pucón, noviembre 2024

Es un gran orgullo presentarles lo que será el congreso 50 de nuestra Sociedad. Nos reunimos esta vez en la hermosa ciudad de Pucón, bajo el lema "Prevención en Gastroenterología", para abordar como nuestro ejercicio profesional puede impactar la salud de nuestro país. Recordamos que nuestra sociedad se conformó en el año 1938, con el objetivo de "Fomentar el desarrollo de la Gastroenterología a nivel científico, tecnológico y docente a nivel nacional". Ya han pasado 61 años desde que se realizara el I Congreso de Gastroenterología en la ciudad de Viña del Mar en el año 1963. Si bien debieron pasar 9 años para realizar el segundo congreso en Temuco y otros tres para el tercero en Viña, es desde esta última fecha en el año 1976 que nuestra sociedad realiza su Congreso de forma anual, típicamente en Noviembre, para reunirnos a presentar nuestros últimos avances y estudios y compartir con renombrados invitados nacionales e internacionales, con una asistencia que cada año crece, al igual que nuestra sociedad.

En esta fecha especial, nos acompañan invitados internacionales de tres continentes para ampliar nuestra visión de las subespecialidades gastrointestinales. Desde Argentina nos visitan la Dra. Melissa Dirchwolf (Hepatología), la Dra. Julieta Arguero (Neurogastroenterología) y el Dr. Nelson Condado (Endoscopia avanzada). Desde Brasil, nos acompaña el Dr. Eduardo de Moura (Endoscopia avanzada) y desde Méjico, recibimos al Dr. José María Remes-Troche (Neurogastroenterología). Desde EE.UU, nos acompaña el Dr. Kulwinder Dua (Endoscopia avanzada) y desde Canadá, recibimos a nuestra compatriota, la Dra. Rocío Sedano (Enf. Inflamatoria Intestinal). Acompañándonos desde España, el Dr. Manuel Romero-Gómez (Hepatología) y el Dr. Vicente Pons Beltrán (Pancreatología avanzada). Finalmente, desde Noruega, nos visita el Dr. Ignacio Catalán-Serra (Enf. Inflammatorias Intestinales). Además, hemos invitado al Dr. Andrés Glasinovic, representante de la sociedad chilena de Medicina Familiar, para iniciar una colaboración que esperamos que perdure y crezca con el tiempo. Estamos tremendamente orgullosos también de nuestros connotados invitados chilenos, a quienes agradecemos su participación.

Han sido meses de trabajo con las asociaciones, agrupaciones y filiales de nuestra sociedad para elaborar un programa innovador e inspirador, a la altura de esta fecha importante y esta temática tan relevante. Mención especial para el curso precongreso de ACHED en colaboración con WEO, en el hospital de Temuco, una oportunidad práctica "hands-on", enriquecedora para endoscopistas jóvenes que ejercen en las regiones norte y sur de nuestro país. También, tenemos el estreno de las nuevas guías clínicas de manejo de las enfermedades inflamatorias intestinales de ACTECCU, producto de un esfuerzo notable y que se profundiza en el curso precongreso de esta asociación. De igual forma, ACHED ha trabajado arduamente para mostrarnos la actualización de su protocolo de recomendaciones en el tamizaje de cáncer gástrico en base a años de experiencia local.

Uno de nuestros enfoques al organizar este congreso, ha sido aumentar la participación de las regiones del país, y hemos incorporado un novedoso espacio especial para las filiales Norte y Sur. También hemos puesto nuestro interés en la detección temprana de los cánceres digestivos, con una sesión especialmente dedicada a ello. Importante mención también para la Gastroenterología Pediátrica, cuyo grupo participa con temáticas muy relevantes de todas las áreas. Agradecemos la Charla magistral del Dr. Owen Korn, titulado "El paciente complicado" que nos sirve a todos para afrontar situaciones clínicas difíciles. Este año, honramos al Dr. Jaime Pinto, quien ha sido elegido nuestro "invitado Nacional", y nos regala su sabiduría en su charla "y vamos viviendo".

En este congreso 50, fuimos alegremente sorprendidos con el gran número de trabajos originales, representando el crecimiento que ha tenido la investigación clínica y experimental en nuestro país. Es así como nos alegra enormemente anunciar que, tras el arduo trabajo del comité científico, se seleccionaron un total de 118 presentaciones de trabajos libres, 5 en modalidad plenaria, otras 85 orales y 28 en modalidad E-poster. Además, estos trabajos serán publicados en nuestra revista científica, Gastroenterología Latinoamericana.

Nuevamente nos acompañan los estamentos de Enfermería (ACHEGED) y Técnicos en enfermería (ATGED) y reconocemos su incansable labor y afán de contribuir y desarrollarse en todos los ámbitos. Los felicitamos por sus Jornadas desarrolladas con gran dedicación y cariño, de alta calidad.

Este evento no sería posible sin el apoyo de la Industria, quienes nos acompañan en ésta y tantas otras instancias científicas, docentes y sociales y les agradecemos su participación. También agradecemos todo el trabajo de los equipos administrativos que organizan, con profesionalismo y cariño, la tremenda producción que significa que estemos aquí reunidos.

Ha sido un honor trabajar como Secretaria General en este 50 Congreso Chileno de Gastroenterología, un evento que reúne el esfuerzo de muchas personas, donde pude apreciar la gran red que conformamos, construida en base a amor por los pacientes, amor por la profesión y lazos de amistad y trabajo. Espero que disfruten de este gran evento, que marca un hito en nuestra historia. Que la fuerza que nos ha llevado a realizar estos 50 congresos societarios siga creciendo y nos motive a ir siempre por más.

¡Muchas Gracias!

Dra. Alexandra Ginesta Frings

Secretaria 50 Congreso Chileno de Gastroenterología.

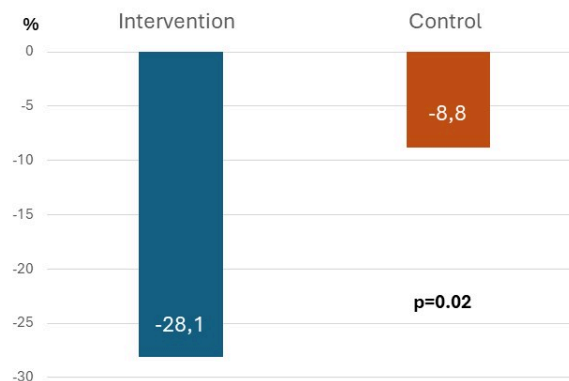
## #2 - UNA INTERVENCIÓN DUAL FÍSICA Y NUTRICIONAL REDUCE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS ALISTADOS PARA TRASPLANTE HEPÁTICO. ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-002>

Carlos Benítez Gajrado<sup>1</sup>, Diego Reyes<sup>1</sup>, Catalina Grandy<sup>1</sup>, Isidora Cerda<sup>2</sup>, Nicolás Lavados<sup>3</sup>, Nicole Kim<sup>1</sup>, Anny Galvez<sup>4</sup>, Silvana Valdés<sup>1</sup>, Soledad Contreras<sup>4</sup>, Roberto Candia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Universidad de Santiago de Chile, <sup>3</sup>Universidad de Chile, <sup>4</sup>Red de Salud UC-Christus.

**Introducción:** La fragilidad se asocia a una elevada vulnerabilidad en pacientes con cirrosis aumentando la morbimortalidad más allá de la función hepática. No existe una intervención específicamente recomendada para tratarla en estos pacientes. Liver Frailty Index (LFI) está ampliamente validado para diagnosticarla. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de una estrategia basada en una intervención dual de terapia física y nutricional en mejorar la fragilidad en pacientes alistados para trasplante. **Métodos:** Pacientes con LFI alterado ( $\geq 3.2$ ) se aleatorizaron a un grupo control (consejería de ejercicio y nutrición habituales) o al grupo intervención (guiada por kinesiólogo y nutricionista en controles periódicos) por 12 semanas; Se evaluó LFI y se clasificaron a los pacientes como frágiles o prefrágiles. Se evaluó el cambio del LFI ( $\Delta$ LFI) durante y al final del estudio, así como la reducción del porcentaje de pacientes frágiles. La calidad de vida fue evaluada con CLDQ. **Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes (34 al grupo control y 32 al grupo intervención), edad  $59.3 \pm 8.8$ , hombres 51.5%, etiologías: MASLD (40.9%), ALD (15.2%), MetALD (6.1%), CBP (6.1%), hepatitis autoinmune (4.5%), sobreposición (HAI/CBP) (6.1%), MELD Na  $17.2 \pm 5$ , Child Pugh A/B/C 13.6%/57.6%/28.8%, Na  $137 \pm 3$  mEq/L, creatinina  $0.8 \pm 0.3$  mg/dL, bilirubina  $3.3 \pm 3$  mg/dL, INR  $1.5 \pm 0.4$ , albúmina  $3.3 \pm 0.5$  g/dL, LFI  $4.23 \pm 0.5$ , frágil/prefrágil (%) 34.8/65.2, CLDQ  $4.2 \pm 1.1$ , velocidad de la marcha  $0.86 \text{ m/s} \pm 0.5$ . Hubo una mejoría significativa del LFI en el grupo intervención al final del estudio ( $\Delta$ LFI 0.4 vs  $\Delta$ LFI 0.16,  $p=0.02$ ). Importan-temente, encontramos una reducción significativa de la proporción de pacientes frágiles en el grupo intervención al final del estudio (28.1% vs 8.8%,  $p=0.02$ ). Hubo una mejoría significativa del dominio de actividad del CLDQ en el grupo intervención ( $0.52 \pm 1.8$  vs  $-0.25 \pm 1.5$ ,  $p=0.04$ ). **Conclusión:** Este es el primer ensayo aleatorizado controlado en pacientes cirróticos que muestra que una intervención dual de terapia física y nutricional puede reducir efectivamente la fragilidad en pacientes alistados.



**Figure 1.** Reduction in the proportion of frail patients at the end of study on each arm.

# #3 - MICROBIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-003>

Allyson Cid Alcayaga<sup>1</sup>, Juan Pablo Roblero Cum<sup>2</sup>, Daniela Simian Marín<sup>2</sup>, Francisco Silva Ojeda<sup>2</sup>, Pamela Gil Galleguillos<sup>1</sup>, Josefa Fonck Rojas<sup>1</sup>, Delfina Pradelli Mancino<sup>1</sup>, Rocío Jofré Zubicueta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Chile, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Las infecciones son una causa frecuente de descompensación de pacientes con cirrosis hepática (CH). Es importante conocer la microbiología local para la elección correcta de antibióticos y obtener buenos resultados clínicos. **Objetivo:** Evaluar la microbiología de las infecciones en los pacientes con cirrosis que han sido hospitalizados en nuestro hospital entre los años 2015 al 2022. **Método:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico en pacientes con CH que se hospitalizaron por cualquier causa entre los años 2015 al 2022. Se revisaron los cultivos positivos en pacientes con CH (1036 en total), seleccionando los hemocultivos, cultivos de líquido ascítico y otros (secreción bronquial, dispositivos, líquido pleural). Se excluyeron los urocultivos, los que no correspondían a episodios de infección y los por contaminación. Se analizaron las características clínicas de los pacientes en cada episodio, además de las resistencias a antimicrobianos de cada organismo. Se utilizó el programa STATA 13.0 para análisis de datos con significancia < 0.05. **Resultados:** Se incluyeron 494 episodios de cultivos positivos correspondientes a 187 pacientes con CH; edad mediana de 61 años (20-81), 62% sexo masculino. En el 41% de los episodios el paciente estaba inmunosuprimido y un 47% con antibiótico profiláctico. Un 40% correspondieron a hemocultivos, 20% líquido ascítico y 40% otros tipos de cultivos. Los microorganismos aislados más frecuente fueron enterobacterias y bacterias Gram positivas. Se evaluó resistencia a betalactamasa de espectro extendido, vancomicina y carbapenémicas, siendo la más frecuente la resistencia a Vancomicina. El uso de inmunosupresión se asoció significativamente a resistencia antibiótica (56% vs 25%; p=0.001), no así el uso previo de antibióticos profilácticos (40% en ambos grupos). **Conclusión:** Los resultados nos permiten pensar en terapias empíricas para nuestros pacientes, además de hacer un uso racional de antibióticos.

**Tabla. Caracterización del cultivo de los episodios de infección incluidos en el estudio**

	N = 494 (%)
<b>Tipo de cultivo (n = 507)</b>	
Hemocultivo	198 (40)
Líquido peritoneal	99 (20)
Otro	196 (40)
<b>Tipo de microorganismo aislado</b>	
Escherichia coli	73 (14.7)
Staphylococcus epidermidis	68 (13.8)
Klebsiella pneumoniae	62 (12.5)
Enterococcus faecium	47 (9.5)
Otros GP	45 (9.1)
Candida albicans	33 (6.7)
Otras enterobacterias	33 (6.7)
Pseudomona aeruginosa	31 (6.2)
Staphylococcus coagulasa negativa	22 (4.4)
Staphylococcus aureus	22 (4.4)
Otras candidas	15 (3.0)
Otros GN	11 (2.2)
Otros bacilos no fermentadores	9 (1.8)
Otros Streptococcus B hemolíticos	7 (1.4)
Enterococcus faecalis	5 (1.0)
Streptococcus pneumoniae	5 (1.0)
Otros hongos	3 (0.6)
Hongos filamentosos	2 (0.4)
<b>Resistencia específica</b>	
BLEE <sup>α</sup>	57/168 (34)
ERV <sup>β</sup>	46/55 (84)
Carbapenemasa (1) <sup>α</sup>	13/168 (8)
Carbapenemasa (2) <sup>μ</sup>	18/31 (58)

<sup>α</sup> Klebsiella pneumoniae, Otras enterobacterias y Escherichia coli; <sup>β</sup> Enterococcus faecium y Enterococcus faecalis; <sup>μ</sup> Pseudomonas aeruginosa



## #4 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA COLORRECTAL EN EL CONTEXTO DE UN PROTOCOLO ERAS®

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-004>

Diego Marín Garay<sup>1</sup>, María Jesús Jugo De Las Heras<sup>2</sup>, Valentina Castillo Warnken<sup>2</sup>, Francisco López Kostner<sup>1</sup>, Felipe Quezada Díaz<sup>1</sup>, Alejandro Barrera Escobar<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Los Andes.

**Introducción:** La cirugía robótica ha surgido como una nueva estrategia en cirugía colorrectal, generando gran interés en la comunidad quirúrgica por sus beneficios en resultados funcionales y recuperación post operatoria. El programa ERAS® ha revolucionado la cirugía colorrectal generando aproximación multinivel para el cuidado del paciente, con un sistema de registro auditado y basado en la evidencia para mejorar la recuperación postoperatoria. **Objetivo:** describir las características y resultados quirúrgicos de la serie de pacientes sometidos a cirugía resectiva colorrectal por técnica robótica, bajo la implementación del programa ERAS® en Clínica Universidad de Los Andes, durante los años 2023-2024. **Materiales y métodos:** se extrajeron datos de los registros prospectivos de la base de datos del protocolo ERAS® de Clínica Universidad de Los Andes. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía resectiva primaria colorrectal por patologías malignas y benignas bajo técnica robótica entre los años 2023-2024. Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables estudiadas. **Resultados:** 53 pacientes sometidos a cirugías respectivas de colon y recto, con una edad promedio de 60 años. Un 54% corresponden a diagnósticos oncológicos, sometidos a colectomías de sigmoides (45%) y colon derecho (25%), seguidos por resecciones anteriores (19%). La media de estadía hospitalaria fue de 4 días, con una tasa de complicaciones de 29.2%, siendo la de mayor impacto el íleo postoperatorio (14.6%), con un 8.3% de complicaciones Clavien-Dindo  $\geq$  III, 3 de los cuales fueron intervenidos (6.3% del total). Los tiempos promedios de trocar y docking fueron de 12 y 10 minutos respectivamente, sin variaciones desde el inicio del programa. El tiempo de consola varió de un promedio de 125 minutos a 98 minutos entre las primeras y últimas registradas. Para el grupo robótico, se logró un compliance de ERAS de 71.4% promedio desde su implementación. **Conclusión:** el inicio de un programa de cirugía colorrectal bajo un protocolo ERAS® acreditado es una oportunidad para evaluar el cumplimiento de estándares de cuidado perioperatorio basados en evidencia, con un registro completo y auditado de antecedentes y resultados perioperatorios. Los datos obtenidos se asimilan a los reportados en la literatura en cuanto a outcomes post operatorios y curva de aprendizaje en tiempos quirúrgicos robóticos. El inicio de un programa robótico con aplicación de intervenciones basadas en evidencia y un registro confiable supone un desafío, siendo este un trabajo en desarrollo que permitirá evaluar su efecto en resultados quirúrgicos en un tiempo más.



# #5 - RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN ETAPA TEMPRANA EN PACIENTES CON Y SIN HIPERTENSIÓN PORTAL: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-005>

Deycies Ivonne Gaete Letelier<sup>1</sup>, Alexandre Sebastian Saure Maritano<sup>1</sup>, Omar Eduardo Orellana Espinoza<sup>1</sup>, Hanns Dieter Lembach Jahnsen<sup>1</sup>, Carlos Jesús Mandiola Bunker<sup>1</sup>, Jaime Andrés Castillo Koch<sup>1</sup>, Juan Carlos Díaz Jeraldo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** El Carcinoma Hepatoceleular (CHC) precoz involucra a aquellos pacientes con tumores únicos, o múltiples, con hasta 3 nódulos de máximo 3 cm, con función hepática preservada y buen performance status. El tratamiento ideal es el trasplante hepático, sin embargo, no se puede garantizar a todos los pacientes. En ese contexto, la Resección Hepática Laparoscópica (RHL) ofrece similares resultados recomendándose en paciente con Gradiente de Presión Venosa Hepática (GPVH) < 10 mmHg, es decir, sin Hipertensión Portal Clínicamente significativa (HPCS), sin embargo, no existe un valor de corte de GPVH que contraindique la RHL. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados perioperatorios y a corto plazo de la RHL en pacientes con CHC precoz cirróticos con y sin HPCS. **Métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles de 40 pacientes cirróticos con CHC precoz sometidos a RHL entre el 2016 y 2023 en un centro universitario. Se registraron variables clínicas y demográficas, la presencia de signos indirectos de hipertensión portal y la GPVH. Los pacientes se dividieron según la presencia o ausencia de HPCS (GPVH > 10 mmHg o signos clínicos de hipertensión portal). El grupo sin HPCS incluyó 15 pacientes (37,5%), y el grupo con HPCS 25 pacientes (62,5%), con una mediana de GPVH de 16 mmHg (rango 11 a 26). La mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango 2 a 89 meses). Se compararon variables del perioperatorio hasta los primeros 90 días y del seguimiento clínico. Para los análisis estadísticos se utilizó el test de Fisher y el método de Kaplan-Meier usando el Log-rank test, con el programa STATA v16. Se consideró un p-valor significativo < 0.05. **Resultados:** No hubo diferencias en las características basales de los pacientes ni el tamaño tumoral preoperatorio (Tabla 1). El 78% de las RHL fueron segmentectomías anatómicas. En el grupo sin HPCS se realizaron 4 hemi-hepatectomías, pero en el grupo con HPCS, solo fueron segmentectomías. Respecto a las variables intraoperatorias, no hubo diferencias en; la pérdida sanguínea, los requerimientos de hemoderivados, la duración de la cirugía o la maniobra de Pringle, ni en la tasa de conversión a laparotomía. No hubo mortalidad a los 90 días y las tasas de morbilidad severa fueron similares entre los grupos (Clavien Dindo≥III, 7% en no-CSPH y 8% en CSPH). Tampoco hubo diferencias significativas entre los pacientes sin y con HPCS en las tasas de; ascitis (13,3% vs 24%), insuficiencia hepática post hepatectomía (13,3% vs 0), encefalopatía (0 vs 4%), descompensación hepática postoperatoria (20% en ambos) o infección pulmonar o abdominal (Tabla 2). La mediana de estadía UCI fue de 4 días en ambos grupos. Los márgenes positivos (R1) fueron similares (7% sin CSPH vs 12,5%). Las tasas de supervivencia global a 1 y 3 años fueron del 100 y 78%, respectivamente, sin diferencias significativas entre los grupos (p= 0,1448). **Conclusión:** En pacientes con cirrosis hepática e HPCS los resultados postoperatorios precoces y la supervivencia global a corto plazo fue similar a aquellos pacientes cirróticos sin HPCS en nuestro centro.



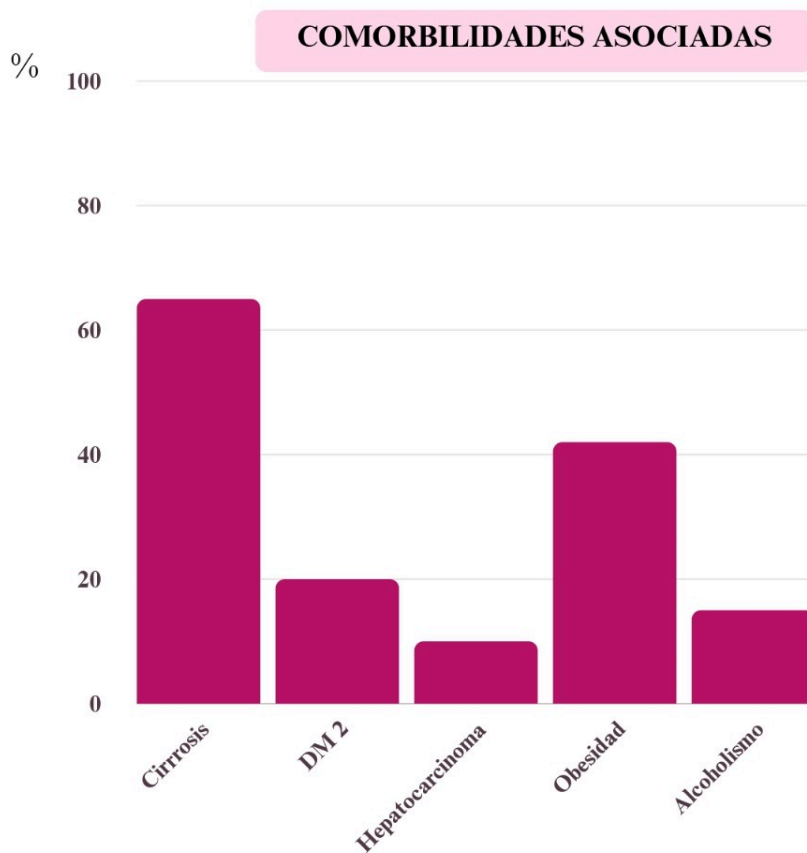
## #6 - SOSPECHA DE HEMOCROMATOSIS CON RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA PROTOCOLO T2\*

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-006>

Daniela Carolina García Niculqueo<sup>1</sup>, Daniela Sanzana Díaz<sup>2</sup>, Poliana Farias Obando<sup>2</sup>, Leonardo Santander Hess<sup>1</sup>, Luis Bustos Medina<sup>2</sup>, Guillermo Aguilera Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, <sup>2</sup>Universidad de La Frontera.

**Introducción:** La hemocromatosis hereditaria (HH) incluye un grupo de trastornos en los que se produce una acumulación progresiva de hierro en diferentes parénquimas, principalmente en el hígado. Es una enfermedad sistémica que puede provocar cirrosis, hepatocarcinoma, diabetes mellitus y artropatías, entre otras patologías. **Objetivo:** Establecer el perfil epidemiológico en pacientes con sospecha de HH desde 1 de enero de 2019 a 30 de abril del 2024. **Material y Métodos:** Estudio de corte transversal de pacientes con sospecha de hemocromatosis evaluados en Policlínico de gastroenterología de un hospital de alta complejidad con estudio de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) T2 estrellada o Resonancia Nuclear Magnética de abdomen sin protocolo entre enero del 2019 a abril del 2024. Se realizará un análisis descriptivo a través de tablas estadísticas y gráficos de las variables cualitativas y medidas de resumen, tales como promedio de margen estándar, mínimo, máximo y mediana. Al comparar presencia de HH con variables cualitativas se usará la prueba exacta de Fisher y cuando se compare con cuantitativas se utilizará la prueba T-test para varianzas iguales o distintas o ANOVA, según corresponda. El nivel de significación para pruebas estadísticas será de 5%. **Resultados:** Se estudiaron 20 pacientes con sospecha de HH por Ferritina > 200-300 ng/mL y Saturación de Transferrina > 45%, el 75% varones, con una mediana de 57 años, 30% etnia mapuche. El 65% tenía Cirrosis al momento de la sospecha; 20% Diabetes Mellitus tipo 2; 15% Enfermedades diseritropoyéticas; 42% Obesidad; 15% Alcoholismo crónico; 15% recibió transfusiones de sangre en los últimos 10 años. Al 75% de los pacientes con sospecha de HH se le realizó una RNM con protocolo T2\* y el 25% se realizó RNM convencional; de los cuales 35% confirmaron sospecha diagnóstica. En 20% de los pacientes se realizó Biopsia hepática, confirmando el diagnóstico en el 10% y sólo el 5% continuó con estudios genéticos. **Conclusión:** La HH es una enfermedad que en la región de la Araucanía tiene una baja prevalencia. Sin embargo, los pacientes con una alta sobrecarga hepática de hierro presentan graves manifestaciones clínicas, por lo que es necesario tener una alta sospecha diagnóstica. Las herramientas como la RM con protocolo T2\* y la biopsia hepática son indispensables para realizar un diagnóstico preciso y poder elegir una terapia óptima.



## Relación entre Hemocromatosis y cinética del Hierro

Diagnóstico de Hemocromatosis	%	Medianas	
		Ferritina (ng/mL)	Saturación de transferrina (%)
Si	35%	958	73
No	65%	969.2	62



## #7 - ALTO VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON LUZ BLANCA PARA CONDICIONES PRE-NEOPLÁSICAS GÁSTRICAS DE ALTO RIESGO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-007>

Sebastian Alejandro Valladares Arellano<sup>1</sup>, Paulina Javiera Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Paulina Sofia Barrios Roccatagliata<sup>1</sup>, Daniela Catalina Ahumada Millar<sup>1</sup>, Carolina Andrea Pizarro Jofré<sup>1</sup>, Pamela Verónica Yaquich Saud<sup>1</sup>, Macarena Andrea Klein Sandoval<sup>1</sup>, Claudio Orlando Toro Dubó<sup>1</sup>, Ximena Del Carmen Morales Ortega<sup>1</sup>, Andrés Marcelo Rodríguez Schneider<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** El cáncer gástrico es una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial siendo Chile un país de alta incidencia. La detección de condiciones pre-neoplásicas (CPNs) y la erradicación de *Helicobacter Pylori* (HP) son determinantes para su prevención. La endoscopia digestiva alta (EDA) es una herramienta crucial para el diagnóstico de las CPNs y la infección por HP. **Objetivos:** Evaluar la capacidad diagnóstica de la EDA con luz blanca al sospechar AG y/o MI para detectar CPNs de alto riesgo (OLGA/OLGIM III-IV), determinar la prevalencia de HP mediante histología y evaluar el rendimiento del test de ureasa (TU). **Método:** Se incluyeron todos los pacientes sometidos a EDA diagnóstica en el Hospital San Juan de Dios entre noviembre de 2021 y octubre de 2023 con biopsias por Sydney. Se excluyeron casos sin información adecuada. La población final se dividió en dos grupos: con y sin sospecha endoscópica de AG/MI. La infección por HP se determinó mediante histología con tinción de Giemsa. El rendimiento del TU fue evaluado versus histología como Gold Standard. **Resultados:** Revisamos 4875 protocolos endoscópicos siendo incluidos 338 pacientes. De ellos 118 no tenían sospecha endoscópica de AG y/o MI y 222 sí. Del total de la muestra 212 pacientes tenían TU informados para comparar contra histología. La media de edad fue 60.5±10.8 años, siendo 68.1% de sexo femenino. Un 11.9% tuvo una CPN de alto riesgo siendo estos pacientes de mayor edad 60±10.9 vs 63.8±9.7 (P=0.03). La prevalencia de HP en la muestra es de 33.9% sin diferencias significativas entre grupos de riesgo. El TU mostró una sensibilidad (S) del 64% y especificidad (E) del 83.2%, siendo mejor la S en pacientes sin CPNs. El rendimiento endoscópico para el diagnóstico de CPNs de alto riesgo arrojó una S de 90% y E de 38.1%. El valor predictivo positivo fue del 18.0% (IC95% 13.2%-23.7%). El valor predictivo negativo (VPN) fue 96.6% (IC95% 91.4%- 99.1%). El likelihood ratio positivo fue de 1.47 (IC95% 1.29 - 1.67). El likelihood ratio negativo fue de 0.24 (IC95% 0.09-0.61). El odds ratio diagnóstico fue de 6.15 (IC95% 2.2-16.9). **Discusión:** La prevalencia de HP es similar a estudios recientes en el país. El rendimiento sub-óptimo del TU es preocupante, existen múltiples factores incluidos la presencia de CPNs que limitan su eficacia. Destaca la alta S y VPN de la EDA con luz blanca para descartar CPNs de alto riesgo, esta podría estar influida por la experiencia del operador, los equipos utilizados y por la alta prevalencia de CPNs en la muestra. **Conclusión:** La prevalencia de HP en esta población al igual que en otros estudios ha disminuido y se acerca a países desarrollados. Se debe estudiar las causas del mal rendimiento del TU y reforzar los protocolos para su uso. La EDA con luz blanca tiene una alta S y VPN para CPNs de alto riesgo, es importante considerar esto al confeccionar protocolos de screening.



Característica	Sin CPN (n=93)	CPN de Bajo Riesgo (n=201)	CPN Alto Riesgo (n=44)	Total (n=338)	Valor p
Media de Edad (DE)	58.7±12.5	60.7±10.0	63.8±9.7	60.5±10.8	0.03 <sup>1</sup>
Sexo femenino (n, %)	65 (69.9%)	138 (68.7%)	27 (61.4%)	230 (68.1%)	0.58 <sup>2</sup>
Comuna de Residencia (n, %)					
Pudahuel	24 (26.4%)	49 (25.8%)	10 (24.4%)	83 (25.8%)	
Lo Prado	16 (17.6%)	30 (15.8%)	4 (9.8%)	50 (15.5%)	
Quinta Normal	5 (5.5%)	26 (13.7%)	2 (4.9%)	33 (10.3%)	0.11 <sup>2</sup>
Peñaflor	10 (11.0%)	9 (4.7%)	2 (4.9%)	21 (6.5%)	
Padre Hurtado	5 (5.5%)	7 (3.7%)	5 (12.2%)	17 (5.3%)	
Otras Comunas	31 (34.0%)	69 (36.3%)	18 (43.9%)	118 (36.7%)	
<i>Condiciones pre neoplásicas sospechadas en Endoscopia Digestiva Alta</i>					
Atrofia Antral (n, %)	42 (45.2%)	117 (58.2%)	28 (63.6%)	187 (55.3%)	0.06 <sup>2</sup>
Atrofia Corporal (n, %)	18 (19.3%)	66 (32.8%)	27 (61.4%)	111 (32.8%)	<0.001 <sup>2</sup>
Atrofia Angular (n, %)	8 (8.6%)	39 (19.4%)	16 (36.4%)	63 (18.6%)	0.001 <sup>2</sup>
Metaplasia Antral (n, %)	3 (3.2%)	44 (21.9%)	15 (34.1%)	62 (18.3%)	<0.01 <sup>2</sup>
Metaplasia Corporal (n, %)	1 (1.1%)	9 (4.5%)	7 (15.9%)	17 (5.0%)	<0.001 <sup>2</sup>
Metaplasia Angular (n, %)	0 (0.0%)	8 (4.0%)	4 (9.1%)	12 (3.6%)	<0.02 <sup>2</sup>
HP en Giemsa (n, %)	34 (37%)	65 (32.5%)	15 (34.1%)	15 (34.1%)	0.74 <sup>2</sup>

**Tabla 1.** Características de los Pacientes. Sin condición de riesgo: OLGA/OLGIM 0. Condición de Bajo Riesgo: OLGA/OLGIM I-II. Condición de Alto Riesgo: OLGA/OLGIM III-IV. HP: Helicobacter Pylori 1 análisis de Varianza 2 Prueba Exacta de Fisher DE: Desviación Estándar



Característica	Total (n=338)
Sensibilidad (IC95%)	90.9% (78.3%-97.5%)
Especificidad (IC95%)	38.1% (32.5%-43.9%)
Valor Predictivo Positivo (IC95%)	18.0% (13.2%-23.7%)
Valor Predictivo Negativo (IC95%)	96.6% (91.4%-99.1%)
Likelihood Ratio Positivo (IC95%)	1.47 (1.29-1.67)
Likelihood Ratio Negativo (IC95%)	0.24 (0.09-0.61)
Odds Ratio Diagnóstico (IC95%)	6.15 (2.2-16.9)
Índice de Youden (IC95%)	0.29 (0.21-0.37)
Número Necesario a Diagnosticar (NND) (IC95%)	3.5 (2.1-4.8)

Tabla 2. Capacidad Diagnóstica del Endoscopista al sospechar atrofia y/o metaplasia en relación a detección de condiciones preneoplásicas de Alto Riesgo (OLGA/OLGIM III-IV)



## #8 - RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE VÁRICES GASTROESOFÁGICAS EN UCI: ANÁLISIS DE 34 CASOS EN UN CENTRO TERCIARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-008>

Diego Alberto San Martín Rodríguez<sup>1</sup>, Carlos Valenzuela Valenzuela<sup>1</sup>, Jorge Andrés Díaz Quiroz<sup>1</sup>, Valentina Alejandra Duarte Ocampo<sup>2</sup>, Catalina Alejandra Retamal Vargas<sup>2</sup>, Francisca Catalina Vásquez Pongruber<sup>2</sup>, Buniojulian Ignacio Weissglas Orellana<sup>2</sup>, Carolina Delgado Chávez<sup>1</sup>, Gustavo Delgado Vargas<sup>1</sup>, Andrea Galdames Garrido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital las Higueras, <sup>2</sup>Universidad de Concepción.

**Introducción:** El sangrado de várices gastroesofágicas representa un desafío en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El objetivo de este estudio es describir la experiencia en un centro terciario, evaluando las características de la población, los resultados de la intervención endoscópica precoz (<12 horas), el uso de transfusiones, la incidencia de complicaciones y la mortalidad a 6 semanas. **Metodología:** Se realizó un análisis retrospectivo de 34 pacientes con hipertensión portal ingresados a UCI entre 2023 y 2024 que presentaron sangrado por varices gastroesofágicas con intervención endoscópica antes de 12 horas desde el inicio. Se recopilaron datos sobre edad, sexo, tipo de terapia endoscópica realizada, control del sangrado, número de unidades de sangre transfundidas, días en UCI, resangrado, complicaciones y mortalidad a las 6 semanas. Se utilizó estadística descriptiva con medias, porcentajes, chi cuadrado y análisis de supervivencia. Se utilizó software SPSS. Este estudio fue aprobado por el comité de ética. **Resultados:** 115 pacientes se realizaron endoscopías urgentes (antes de 12 horas) en UCI por sangrado digestivo entre 2023 y 2024, 34 secundario a várices gastroesofágicas. La media de edad fue 59,9 años, 67,6% hombres y 76,5% de los procedimientos endoscópicos fue ligadura con bandas elásticas. Se logró un control inicial del sangrado en el 91,2% de los casos, el resangrado ocurrió en 23,5% de los pacientes y la mortalidad a las 6 semanas fue del 29,4%. Todos los pacientes fallecidos tenían Child-Pugh score C al ingreso ( $p < .0001$ ). Se transfundió una media de 3,5 unidades de sangre por paciente. Los pacientes que requirieron más de 6 unidades de sangre presentaron una estancia en UCI más prolongada ( $p < .004$ ) y una mayor tasa de mortalidad (70% vs 12,5%,  $p < .002$ ). La infección se observó en el 38,2% de los pacientes, asociándose con un mayor riesgo de resangrado ( $p < .014$ ) y mortalidad ( $p < .001$ ). **Conclusiones:** El manejo endoscópico de urgencia en pacientes con hemorragia digestiva derivado de hipertensión portal ingresados en UCI muestra una efectividad alta en el control inicial del sangrado, aunque el resangrado y la mortalidad a corto plazo en pacientes con peor Child-Pugh score de ingreso siguen siendo desafíos importantes. El uso elevado de transfusiones y la presencia de infección están asociados con peores resultados clínicos. Estos hallazgos confirman que el soporte transfusional conservador e implementar precozmente terapia antibiótica debe fortalecerse y subrayan la necesidad de implementar estrategias adicionales, como el TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt o derivación portosistémica intrahepática transyugular) de rescate y pre-emptive TIPS en nuestro centro, para mejorar la supervivencia y los resultados en esta población de alto riesgo.



# #10 - ENDOSCOPIA VERDE: MEDICION DEL IMPACTO AMBIENTAL DE UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y VIAS PARA DISMINUIR NUESTRA HUELLA DE CARBONO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-010>

Pablo Alejandro Cortes González<sup>1</sup>, Luis Roque Sáenz Fuenzalida<sup>1</sup>, Felipe Eduardo Moscoso Jara<sup>1</sup>, Daniela Constanza García Rojas<sup>1</sup>, Rodrigo Croquievelle Contreras<sup>1</sup>, Cristina Alejandra Leyton Bravo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Alemana de Santiago, <sup>2</sup>Better Limitada.

**Introducción:** El cambio climático es consecuencia de la acción humana. Es urgente y tarea de todos conocer y disminuir el impacto de nuestras actividades. Las Unidades de Endoscopia Digestiva (UED) son fuente de generación de residuos y consumo de energía con una importante Huella de Carbono (HC). **Objetivos:** Conocer fuentes y magnitud de la HC de la UED de una institución de atención terciaria y el potencial impacto de acciones propuestas para su mitigación. **Métodos:** Personal de la UED de Clínica Alemana de Santiago (CAS), área de Sostenibilidad CAS y Consultora Better Ltda. evaluaron con estándares internacionales, fuentes y magnitud de los residuos, consumo de energía y agua, en actividades de Alcance 1, 3 y parcialmente de Alcance 2 para la UED Vitacura CAS para 2023. Información de consumo de energía y agua (Alcance 2) en 2023 y huella promedio anual por transporte de personal y pacientes (Alcance 1 y 3) se obtuvo de mediciones realizadas por Sostenibilidad. Uso de consumibles y peso de residuos de diferentes tipos de procedimientos (alcance 3) fue medido directamente por el personal de la UED durante 1 semana y se extrapoló a período anual. Cálculos de HC con Calculadora desarrollada por Better, contrastados con calculadora online [www.epa.gov/energy/greenhouse-gas-equivalencies-calculator](http://www.epa.gov/energy/greenhouse-gas-equivalencies-calculator). Se diseñaron acciones relevantes para la disminución de la HC de la UED diferenciadas por aquellas que requieren implementarse desde UED y por la Institución, con el impacto de cada una de ellas. **Resultados:** En 2023 se realizaron 16484 procedimientos endoscópicos. En una semana el peso de residuos directamente generados desde pabellones fue 429 kg, solo 1,45 kg reciclados. Extrapolado a un año el peso de residuos generados es 22324 kg (1,35 kg/procedimiento). El estudio de residuos determinó que el 20% corresponde a basura común potencialmente reciclable (3.125 kg al año). El consumo anual de electricidad es 152149 Kw/hr, gas 7140 m<sup>3</sup> y agua de 1905 m<sup>3</sup>. El cálculo de HC anual parcial, considerando los consumos de energía, agua y producción de residuos es 154,64 tCO<sub>2</sub>e/ año, (9,4 kCO<sub>2</sub>e por procedimiento) equivalentes a la emisión de gases con efecto invernadero producido por la conducción de automóvil a gasolina por 578.283 km (14 vueltas al mundo) y mitigables por el CO<sub>2</sub> secuestrado por 66,4 hectáreas de bosques (área de bosques equivalente a 3 veces área del Parque Araucano). Agregando transporte de pacientes y funcionarios durante 1 año la HC sube a más del triple (543,9 tCO<sub>2</sub>/año). **Conclusiones:** Como toda actividad productiva, las UED producen una HC inherente a su funcionamiento. La medición de sus diferentes componentes permite definir vías de acción para su disminución. Es importante el trabajo colaborativo con las áreas de Sostenibilidad para disminuir consumos de energía y agua, principalmente en tiempos muertos. La segregación y reciclaje de basura común es indispensable y debe ser realizada por las UED, en acuerdo con los lineamientos de cada institución. El gran impacto que tiene el transporte obliga a poner el foco en acciones que lo efficienten, evitando desplazamientos por procedimientos o controles innecesarios.



# #11 - ANÁLISIS DE COSTO POR EVENTO CLÍNICO ESPECÍFICO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA MODERADA-GRAVE EN CHILE

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-011>

Magda Vianey Gutiérrez Ardila<sup>1</sup>, Diego Kanevsky<sup>2</sup>

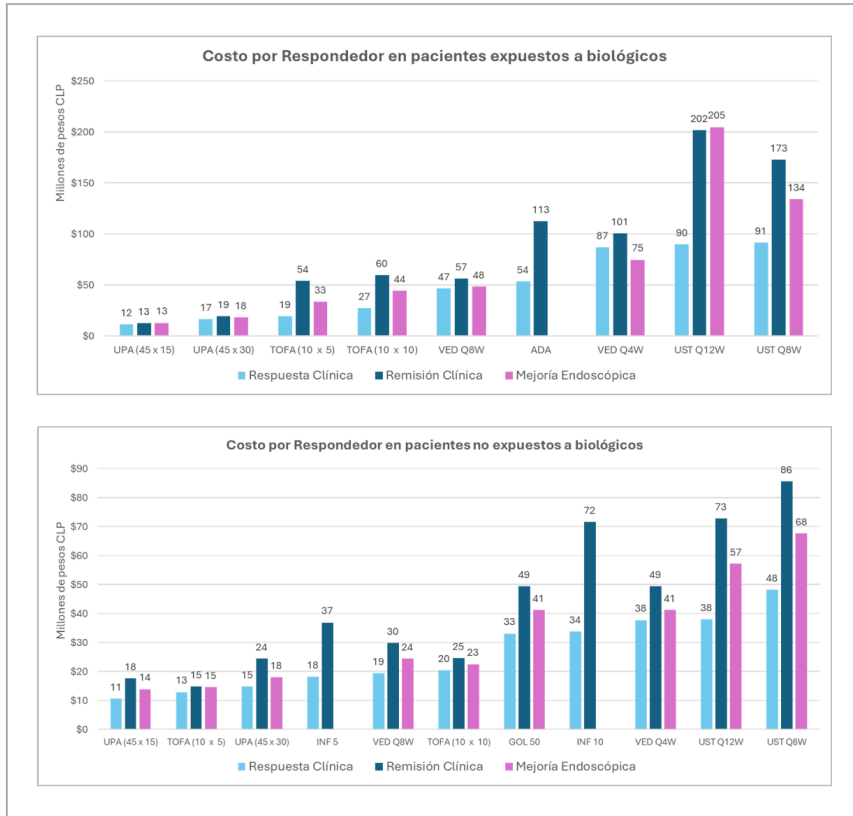
<sup>1</sup>AbbVie Chile, <sup>2</sup>AbbVie Argentina.

**Introducción:** La Colitis Ulcerosa (CU) es una enfermedad de etiología desconocida; una terapia efectiva es necesaria para inducir y mantener la remisión y evitar la morbilidad asociada; en la actualidad, la Ley Ricarte Soto garantiza tratamiento anti-TNF para la CU moderada a grave; sin embargo, un porcentaje de pacientes no tiene respuesta inicial o la pierde posteriormente, siendo necesario otras alternativas, ya sean otro anti-TNF, un biológico con distinto mecanismo de acción o una molécula pequeña. **Objetivo:** Comparar el costo económico de lograr un evento clínico definido como respuesta o remisión clínica y mejoría endoscópica a la semana 52 de tratamiento en pacientes con CU moderada o grave, que hayan sido expuestos o no a biológicos. **Metodología:** Se estimó el costo por evento a partir de un modelo matemático desarrollado en Excel que combina tasas de resultados y costos de tratamiento, desde la perspectiva del pagador. Las tasas de eventos se obtuvieron de un metaanálisis en red publicado que consideró 23 ensayos clínicos fase 3 y que evaluó remisión clínica (puntaje Mayo completo [FMS]  $\leq 2$  sin subpuntaje  $>1$ ), respuesta clínica (disminución desde el inicio en FMS  $\geq 3$  puntos y  $\geq 30\%$  con disminución en el puntaje de sangrado rectal [RBS]  $\geq 1$  o RBS absoluto  $\leq 1$ ) y mejoría endoscópica (puntaje endoscópico  $\leq 1$ ) y que reporta resultados en dos grupos: población expuesta y no expuesta a biológicos. Los costos se tomaron de fuentes oficiales de Mercado Público y de los informes de evaluación de evidencia para Ley Ricarte Soto. Los valores se expresan en pesos chilenos. Se consideraron los comparadores del metaanálisis comercializados y aprobados en Chile para esta indicación: adalimumab, golimumab, infliximab, vedolizumab, ustekinumab, tofacitinib y upadacitinib (Tabla 1). **Resultados:** En pacientes expuestos a biológicos, las terapias con menor costo por respuesta considerando la respuesta clínica a la semana 52 fueron: UPA (45x15) \$11.5M; UPA (45x30) \$16.5M y TOFA (10x5) \$19.3M; en remisión clínica: UPA (45x15) \$12.8M; UPA (45x30) \$19.4M y TOFA (10x5) \$53.9M; y en mejoría endoscópica: UPA (45x15) \$12.9M; UPA (45x30) \$18.3M y TOFA (10 x 5) \$33.4M. En pacientes vírgenes a biológicos, las terapias con menor costo para lograr respuesta clínica a la semana 52 fueron: UPA (45x15) \$10.6M; TOFA (10x5) \$12.9M y UPA (45x30) \$14.8M; en remisión clínica: TOFA (10x5) \$14.8M; UPA (45x15) \$17.6M y UPA (45x30) \$24.4M; y en mejoría endoscópica: UPA (45x15) \$13.9M; TOFA (10x5) \$14.6M y UPA (45x30) \$18M. El costo de todos los comparadores para cada grupo se observa en la Figura 1. **Conclusión:** Desde la perspectiva del pagador y siguiendo la metodología descrita, UPA tendría el costo medio menor para respuesta clínica y mejoría endoscópica en ambos grupos de pacientes y un costo medio más bajo por remisión clínica en pacientes con uso previo de biológicos respecto a los demás comparadores.

Tabla 1. Comparadores y dosis considerados en el cálculo

Comparador	Clave	Dosis inducción	Dosis mantenimiento
Adalimumab	ADA	160 mg semana 0; 80 mg semana 2	40 mg c/2 semanas
Golimumab	GOL 50	200 mg semana 0; 100 mg semana 2	50 mg c/4 semanas
Golimumab	GOL 100	200 mg semana 0; 100 mg semana 2	100 mg c/4 semanas
Infliximab	INF 5	5 mg/kg semanas 0, 2 y 6	5 mg/kg c/8 semanas
Infliximab	INF 10	10 mg/kg semanas 0, 2 y 6	10 mg/kg c/8 semanas
Vedolizumab	VED Q4W	300 mg semanas 0, 2 y 6	300 mg c/4 semanas
Vedolizumab	VED Q8W	300 mg semanas 0, 2 y 6	300 mg c/8 semanas
Ustekinumab	UST Q8W	6 mg/kg semana 0	90 mg c/8 semanas
Ustekinumab	UST Q12W	6 mg/kg semana 0	90 mg c/12 semanas
Tofacitinib	TOFA (10 x 5)	10 mg 2 veces/día x 8 semanas	5 mg 2 veces/día
Tofacitinib	TOFA (10 x 10)	10 mg 2 veces/día x 8 semanas	10 mg 2 veces/día
Upadacitinib	UPA (45 x 15)	45 mg c/día x 8 semanas	15 mg c/día
Upadacitinib	UPA (45 x 30)	45 mg c/día x 8 semanas	30 mg c/día

Figura 1. Costo por Respondedor en pacientes expuestos y no expuestos a biológicos en el año 1



## #12 - RESPUESTA CLINICA A UNA DIETA BAJA EN FRUCTOSA SOBRE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-012>

Freddy Squella Boerr<sup>1</sup>, Carolina Andrea Cancino Pereira<sup>2</sup>, Desiree Guararicoto Loyo<sup>2</sup>, Diana Mora Ramos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>INDISA /Universidad Andrés Bello, <sup>2</sup>Hidrolact.

**Introducción:** La endometriosis es una patología ginecológica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero, lo que genera una variedad de síntomas clínicos, tanto ginecológicos como digestivos, incluyendo dolor abdominal, distensión, alteraciones en la motilidad intestinal y síntomas similares al síndrome de intestino irritable. Diversos estudios han señalado factores nutricionales como potenciales desencadenantes de los síntomas digestivos en pacientes con endometriosis, siendo el gluten uno de los más estudiados. Sin embargo, existe una brecha en el conocimiento respecto a otros posibles factores, como la malabsorción de fructosa (MF). **Objetivos:** Determinar la frecuencia de MF en un grupo de pacientes con endometriosis y sintomatología digestiva mediante un test de aire espirado, y evaluar la respuesta clínica a una dieta baja en fructosa en aquellas diagnosticadas con malabsorción. **Material y Métodos:** Se incluyeron un total de 50 pacientes con diagnóstico confirmado de endometriosis y sintomatología digestiva asociada. A todas las participantes se les realizó un test de aire espirado con fructosa, considerándose positivo un aumento de más de 20 ppm de hidrógeno o 12 ppm de metano después de los 60 minutos de la ingesta de fructosa. Aquellas pacientes diagnosticadas como malabsorbedoras de fructosa fueron sometidas a una intervención dietética, que consistió en una dieta baja en fructosa (<25 gramos diarios) durante 30 días. Se excluyeron pacientes con antecedentes concomitantes de enfermedad celiaca o enfermedad inflamatoria intestinal, se suspendió el uso de medicamentos terapéuticos que pudieran interferir con el control de los síntomas digestivos. La sintomatología fue evaluada mediante un cuestionario al inicio del estudio y luego de 30 días de intervención. Para el análisis estadístico, se utilizó la prueba T de Student para comparar los cambios en los síntomas antes y después de la intervención. **Resultados:** Hubo 34 pacientes con MF (67.7%) edad promedio 34+5 años.

Aspecto Evaluado	Pre-intervención (Media ± DE)	Post-intervención (Media ± DE)	Diferencia Media (IC 95%)
Distensión Abdominal (0-10)	6.8 ± 1.5	3.2 ± 1.8	-3.6 (-4.51 -2.69)
Frecuencia Defecatoria (Evacuaciones/día)	1.2 ± 0.5	1.35 ± 0.6	+0.15 (-0.15, + 0.45)
Dolor (EVA) (0-10)	7.5 ± 2.0	6.8 ± 2.2	-0.7 (-1.85, 0.45)

**Conclusión:** En pacientes con endometriosis con sintomatología digestiva, la malabsorción de fructosa es frecuente. La dieta baja en fructosa mejoró significativamente la distensión abdominal, con tendencia a normalizar las deposiciones y leve efecto sobre el dolor.

# #13 - PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CON ESTUDIO DE PH METRÍA INALÁMBRICA PROLONGADA PARA PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-013>

Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Nicole Pacheco Herrera<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>, Felipe Donoso<sup>1</sup>, Jorge León<sup>1</sup>, Karin Herrera<sup>1</sup>, Rodrigo Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes.

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las patologías más frecuentes en nuestro medio. El último consenso de Lyon para el diagnóstico de ERGE incluyen el establecimiento de la esofagitis grado B de Los Ángeles como evidencia concluyente de ERGE y la descripción de métricas y umbrales para el uso del monitoreo de pH inalámbrico prolongado de 96 horas, considerando a esta técnica como la de elección dado que permite realizar el estudio durante la endoscopia índice y mejorar sensibilidad sobretodo en pacientes con tiempo de exposición ácida indeterminada o síntomas atípicos. **Objetivo:** Describir la experiencia de nuestro centro universitario con una técnica diagnóstica nueva en nuestro medio. **Metodología:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sospecha clínica de ERGE con suspensión de IBP mayor a 7 días. Tras endoscopia digestiva alta, con paciente sedado, se instala mediante técnica estandarizada cápsula inalámbrica de monitorio pH (Bravo®) a 6 cm sobre cambio de epitelios. Se controla correcta instalación con endoscopia. Se realizó seguimiento telefónico a al día 1, 4 y 30. Se consideró adecuado un registro mayor a 48 hrs, considerándose como criterios diagnósticos de reflujo según Lyon 2.0 a un tiempo de exposición ácida mayor a 6% en al menos 2 días. **Estadística Descriptiva:** Frecuencias (absolutas y relativas porcentual), medidas de tendencia usando Excel y SPSS. **Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes, 9 mujeres y 6 hombres con edad promedio 42.9 años (rango 18-59). El principal motivo de derivación fue estudio de pirosis (13/15) y tos crónica (2/15). Dos de los pacientes tenían estudio con pH metría previa que mostraba tiempo de exposición ácida indeterminada. Todos los pacientes cumplieron con un registro mayor a 82 horas, 11/15 completaron 96 horas de estudio, con un tiempo promedio de estudio de 93.5 horas. La mitad de los pacientes (8/15) cumplieron criterios de Lyon 2.0 para ERGE, 3/7 hipersensibilidad esofágica y 4/15 un estudio dentro de límites normales. De aquellos con tiempo de exposición ácida indeterminado-previa, 1 concluyó ERGE y otro se descartó. El examen fue bien tolerado con todos los pacientes, 5/15 presentaron síntomas siendo el principal "dolor" o "sensación de cuerpo extraño". De aquellos que presentaron síntomas 4/5 tenían hipersensibilidad esofágica y 1 se tomaron biopsias esofágicas por sospecha de esofagitis eosinofílica. Una paciente que reportó sensación de cuerpo extraño hasta el día 12 se demostró retención de cápsula mediante radiografía de tórax que al control de 14 días había botado espontáneamente. En la tabla 1 se observa las características de pacientes incluidos. **Conclusión:** El estudio mediante pH metría prolongada inalámbrica (Bravo®) es sencilla y bien tolerada por los pacientes. El contar con esta tecnología en nuestro medio permite lograr un diagnóstico más certero siguiendo recomendaciones internacionales para el estudio del reflujo gastroesofágico.

Sexo; Edad	Motivo de derivación	Hallazgo endoscópico	TAE total 96 horas	Criterios Lyon 2.0 para ERGE	Asociación sintomática	Síntomas o Complicaciones	Conducta terapéutica
F;40	Sospecha ERGE	Esofagitis grado A	5.2%	No	No	Ninguna	Tratamiento Médico
F;54	Sospecha ERGE	Normal	2.2%	No	No	Ninguna	Tratamiento Médico
F;42	Tiempo exposición indeterminado	Normal	9.5%	No	No	Ninguna	Tratamiento Médico
F;25	Sospecha ERGE	Esofagitis grado A	9.2%	Si	Si	Dolor	Tratamiento Médico
M;41	Tiempo exposición indeterminado	Normal	0.9%	No	Si	Dolor	Tratamiento Médico
F;39	Sospecha ERGE	Normal	1.2%	No	Si	Sensación cuerpo extraño	Tratamiento Médico
M;44	ERGE refractario	Hernia Hiatal	11%	Si	Si	Ninguno	Cirugía antireflujo
F;55	Tos crónica	Normal	10.6%	Si	No	Ninguno	Tratamiento Médico
F;45	Sospecha ERGE	Esofagitis grado A	12.4%	Si	Si	Ninguno	Tratamiento Médico
F;32	ERGE refractario	Aspecto de Esofagitis Eosinofílica	10.4%	Si	No	Dolor	Tratamiento Médico
M;18	ERGE refractario	Esofagitis grado A	0.4%	No	No	Ninguna	Tratamiento Médico
F;55	ERGE refractario	Normal	3.3%	No	Si	Dolor	Tratamiento médico
M;59	Tos crónica	Normal	8.8%	Si	Si	Ninguna	Tratamiento médico
M;48	Sospecha ERGE	Esofagitis grado A	17.5%	Si	No	Ninguna	Tratamiento Médico
M; 41	Sospecha ERGE	Aspecto de Esofagitis Eosinofílica	6.5%	Si	Si	Ninguna	Tratamiento Médico



# #14 - EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES CHILENOS CON DIABETES TIPO 2

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-014>

Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Helia Morales<sup>1</sup>, Karin Herrera<sup>1</sup>, Ana María Madrid Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal prevalente caracterizado por episodios recurrentes de dolor o malestar abdominal asociados con hábitos intestinales irregulares. Tanto la diabetes como el SII comparten, en su fisiopatología, inflamación de bajo grado, alteraciones en la microbiota y la participación del sistema nervioso autónomo. Sin embargo, existe una escasez de estudios epidemiológicos que aborden específicamente esta posible conexión. **Objetivo:** Conocer la prevalencia local del SII en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sus características demográficas, subgrupos, así como su superposición con el sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI). **Metodología:** Estudio de cohorte retrospectivo y analítico, basado en el universo de pacientes que consultaron en nuestro servicio, quienes respondieron de forma ambulatoria la encuesta de Roma IV, realizaron pruebas de aliento con lactulosa y proporcionaron datos demográficos. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Shapiro-Wilk y la comparación de grupos mediante la prueba de Chi2. **Resultados:** De 6254 pacientes que consultaron en nuestro servicio entre enero de 2011 y enero de 2024, 1669 pacientes (26%) cumplieron con los criterios de Roma IV para SII sin otras comorbilidades. De ellos, 452 pacientes presentaban DM2 sin otras comorbilidades. Entre pacientes diabéticos, 64 (14%) requerían insulina, el 79.8% eran mujeres, con una edad promedio de 63.5 años y un IMC promedio de 28.4. En este grupo, 229 (50.6%) cumplían con los criterios de Roma IV para SII (23% SII-C, 38% SII-D, y 39% SII-M). De los pacientes diabéticos, 169 (37%) presentaban SBI, siendo un 34.4% en aquellos con SII y un 40.3% en los que no tenían SII, una frecuencia menor que la reportada en el grupo de SII sin diabetes (58.3%). Las características de cada grupo se muestran en la Tabla 1. Al comparar ambos grupos con SII, los pacientes diabéticos presentaron mayor dolor abdominal (EVA 6.74 vs 6.2, p=0.034). **Conclusiones:** Los pacientes sintomáticos con diabetes presentan una alta prevalencia de síndrome de intestino irritable (SII), siendo el SII-D el subtipo más frecuente, acompañado de una mayor severidad del dolor abdominal, pero con una menor prevalencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) con respecto a no diabéticos. Se necesitan estudios más amplios poblacionales para comprender mejor la relación entre estas dos condiciones.



	<b>Sin DM2</b> n= 1669	<b>p value</b>	<b>Con DM2</b> n= 229	<b>p value</b>
<b>Características</b>				
<b>Sexo</b>		<b>&lt; 0.001</b>		<b>&lt; 0.001</b>
Masculino (n, %)	400 (24.0)		34 (14.8)	
Femenino (n, %)	1269 (76.0)		195 (85.2)	
<b>Edad (años; mediana, rango)</b>	36 (14-87)		64 (19-83)	
<b>Tabaquismo (n, %)</b>	410 (24.6)	<b>&lt; 0.001</b>	32 (14)	<b>&lt; 0.001</b>
	<b>n (%)</b>		<b>n (%)</b>	
<b>Estado nutricional</b>		<b>&lt; 0.001</b>		<b>&lt; 0.001</b>
Bajo peso	74 (4.4)		16 (7)	
Normopeso	921 (55.2)		67 (29.3)	
Sobrepeso	522 (31.3)		76 (33.2)	
Obesidad	152 (9.1)		70 (30.6)	
<b>Insulina</b>	-	1.000	29 (12.7)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Sobrecrecimiento Bacteriano (SBI)</b>	864 (51.8)	<b>&lt; 0.001</b>	79 (34.5)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Síndrome Intestino Irritable (SII)</b>		<b>&lt; 0.001</b>		<b>&lt; 0.001</b>
Subtipo Constipación	645 (38.6)		51 (22.3)	
Subtipo Diarrea	550 (33.0)		86 (37.6)	
Subtipo Mixto	474 (28.4)		92 (40.2)	
<b>Total Scores</b>	<b>Mediana (rango)</b>		<b>Mediana (rango)</b>	
Dolor Abdominal (EVA)	6 (0-10)	<b>&lt; 0.001</b>	7 (1-10)	<b>&lt; 0.001</b>
Distensión Abdominal (EVA)	8 (0-10)	<b>&lt; 0.001</b>	8 (0-10)	<b>&lt; 0.001</b>
Tiempo de Tránsito Orocecal	90 (0-230)	<b>&lt; 0.001</b>	100 (0-230)	<b>&lt; 0.001</b>

Escala visual analógica (EVA). Los datos se expresan mediante frecuencias (absolutas (N) y porcentaje relativo (%)) y medidas de tendencia central (mediana, rango (mínimo y máximo)). Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, distribución no normal. Prueba de Wilcoxon, \*  $p < 0.05$ .



# #15 - ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-015>

Ana María Madrid Silva<sup>1</sup>, Gerardo Puentes Leal<sup>2</sup>, Max Schmulson Wasserman<sup>3</sup>, Ignacio Hanna Jairala<sup>4</sup>, Luis Aguilar Paiz<sup>5</sup>, Jorge Suazo Barahona<sup>6</sup>, José María Remes Troche<sup>7</sup>, Enrique Coss<sup>8</sup>, Luis María Bustos Fernández<sup>9</sup>, Laura Sole<sup>10</sup>, Marcos Gudiño Zayas<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico U. de Chile, <sup>2</sup>Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena de Indias, Colombia <sup>3</sup>Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo UNAM, México <sup>4</sup>Hospital Alcívar, Guayaquil, Ecuador, <sup>5</sup>Hospital Centro Médico, Guatemala, <sup>6</sup>Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras, <sup>7</sup>Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana, Veracruz, México, <sup>8</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas Nutrición Salvador Zubirán, Cd de México, México, <sup>9</sup>Centro Médico Bustos Fernández, Buenos Aires, Argentina, <sup>10</sup>Consultorios de Motilidad Digestiva, Buenos Aires, Argentina, <sup>11</sup>Laboratorio APADI, Unidad de Medicina Experimental, Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina UNAM, CDMX, México. Gastroenterología y Motilidad Gastrointestinal, Clínica Lomas Altas, Centro Médico ABC, CDMX, México.

**Introducción:** El SII-Roma IV tiene una prevalencia del 4,1% en países de Latinoamérica (Schmulson y cols, Neurogastroenterol Motil. 2023), con impacto negativo en la calidad de vida y altos costos a los sistemas de salud. Aunque las guías de práctica clínica del SII son similares a nivel global, existen diferencias que pueden influir en el diagnóstico, como la disponibilidad y el acceso a determinadas pruebas diagnósticas, y la experiencia en el manejo de este tipo de pacientes. **Objetivo:** Evaluar la heterogeneidad en la investigación diagnóstica del SII entre gastroenterólogos expertos en Latinoamérica. **Materiales y Métodos:** Encuesta por internet a 97 gastroenterólogos expertos en neurogastroenterología de 14 países de Latinoamérica (82,5% práctica privada y 17,5% pública). Se incluyeron 110 preguntas, 23 relacionadas con el estudio diagnóstico. Se realizó un análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas. **Resultados:** El 99% usa criterios diagnósticos para SII, el 98% usa con diferente frecuencia los criterios de Roma IV. Cuando hay signos de alarma, el 100% considera solicitar pruebas adicionales, las más frecuentes son hemograma, sangre oculta en heces, y pruebas tiroideas (Tabla). El 40% solicita siempre o casi siempre serología para enfermedad celíaca (EC), y una cuarta parte ordena calprotectina fecal para descartar enfermedad inflamatoria intestinal. El 85% siempre o casi siempre ordena colonoscopia en mayores de 50 años y más del 70% ordena TAC abdominopélvica. Las pruebas de aliento para sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) sólo las solicita el 20% siempre o casi siempre. El 72% considera la manometría anorrectal en SII-E y el 96% en SII-E con síntomas de trastorno evacuatorio. Por países, el 91% en Argentina y el 86% en Chile siempre solicita serología para EC; el 71% en Chile siempre solicita calprotectina fecal, mientras que en México estos requerimientos son mucho menos frecuentes, el 14% siempre solicita calprotectina fecal y el 12% siempre solicita serología para EC. Finalmente, 65% en Argentina, siempre o casi siempre solicita pruebas de aliento para SIBO. **Conclusiones:** La mayoría de los gastroenterólogos expertos en TIIC en Latinoamérica usa criterios de Roma IV para el diagnóstico de SII. Los signos de alarma son la razón más frecuente para solicitar pruebas diagnósticas con la finalidad de descartar otras patologías; y siguiendo las guías internacionales, la mayoría ordena colonoscopia en mayores de 50 años. Sin embargo, parece haber una indicación mayor de lo esperable de estudios como TAC abdominopélvica. Se observan también algunas diferencias por países, como mayor frecuencia de serología para EC en Argentina y Chile, probablemente por la alta prevalencia de dicha enfermedad en estos países, y calprotectina fecal en Chile. Consideramos que sería de utilidad conocer la forma en la que los gastroenterólogos generales, internistas y médicos generales estudian esta entidad, y establecer guías prácticas para el diagnóstico del SII en la clínica.

Tabla: Frecuencia reportada de estudios solicitados, considerando la siguiente pregunta: Ante el diagnóstico de SII solicito **estudios diagnósticos** para descartar patología orgánica.

Solicito los siguientes exámenes en SII	Pruebas diagnósticas en signos de alarma	Hemograma	Pruebas tiroideas	Serología celíaca	Calprotectina fecal	Sangre oculta en heces	Test aire SIBO	Test aire / Malabs Lactosa	Test aire / Malabs Fructosa	Colonoscopia en >50 años	TAC Abdominal
<b>Siempre</b>	83,5%	52,6%	32,0%	25,8%	14,4%	32,0%	2,1%	1,0%	1,0%	56,7%	2,1%
<b>La mayoría de las veces</b>	9,3%	16,5%	25,8%	14,4%	11,3%	18,6%	17,5%	8,2%	6,2%	29,9%	8,2%
<b>Algunas veces</b>	7,2%	27,8%	33,0%	54,6%	54,6%	35,1%	46,4%	54,6%	43,3%	9,3%	62,9%
<b>Nunca</b>	0,0%	3,1%	9,3%	5,2%	19,6%	14,4%	34,0%	36,1%	49,5%	4,1%	26,8%



# #16 - ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-016>

Ana María Madrid Silva<sup>1</sup>, Ignacio Hanna<sup>2</sup>, Gerardo Puentes Leal<sup>3</sup>, Max Schmulson<sup>4</sup>, Luis Aguilar<sup>5</sup>, Jorge Suazo Barahona<sup>6</sup>, José María Remes-Troche<sup>7</sup>, Enrique Coss Adame<sup>8</sup>, Luis Bustos<sup>9</sup>, Laura Sole<sup>10</sup>, Marco Gudino<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico U. de Chile, <sup>2</sup>Hospital Alcivar, Guayaquil, Ecuador, <sup>3</sup>Centro Hospitalario Serena del Mar, Cartagena de Indias, Colombia, <sup>4</sup>Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo UNAM, México, <sup>5</sup>Hospital Centro Médico, Guatemala, <sup>6</sup>Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras, <sup>7</sup>Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana, Veracruz, México, <sup>8</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas Nutrición Salvador Zubirán, Cd de México, México, <sup>9</sup>Centro Médico Bustos Fernández, Buenos Aires, Argentina <sup>10</sup>Consultorios de Motilidad Digestiva, Buenos Aires, Argentina, <sup>11</sup>Laboratorio APADI, Unidad de Medicina Experimental, Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina UNAM, CDMX, México. Gastroenterología y Motilidad Gastrointestinal, Clínica Lomas Altas, Centro Médico ABC, CDMX, México.

**Introducción:** El SII-Roma IV tiene una prevalencia del 4,1% en países de Latinoamérica, sin diferencias entre los encuestados (Argentina, Brasil, Colombia, México) en el Estudio Epidemiológico Global de Roma IV. (Schmulson, Neurogastroenterol Motil. 2023). Aunque las guías de tratamiento del SII son similares, existen diferencias entre países por la disponibilidad de los medicamentos y variabilidad en los sistemas de salud. **Objetivo:** Evaluar la heterogeneidad en los tratamientos para SII entre gastroenterólogos expertos en TIIC en Latinoamérica. **Materiales y métodos:** Encuesta por internet a 97 gastroenterólogos expertos de 14 países de Latinoamérica (82,5% práctica privada y 17,5% pública). Se incluyeron 110 preguntas, 87 relacionadas al tratamiento del SII. Se realizó un análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas. **Resultados:** Los antiespasmódicos son los tratamientos más recetados; 98% consideró al menos un antiespasmódico para el tratamiento de SII. Sin embargo, hay diferencias de acuerdo con el subtipo de SII: En SII-D el 93% considera trimebutina, 85% bromuro de pinaverio, y 84% mebeverina; en SII-M el 86% trimebutina, 81% mebeverina o trimebutina+simeticona, y 80% bromuro de pinaverio; y en SII-E el 75% trimebutina, 74% trimebutina+simeticona, y 72% bromuro de otilonio. El 40% no receta menta piperita, 30% dicycloverina y 25% hiosciamina y citrato de alverina por falta de disponibilidad en sus países. El 50% consideran algunas veces pregabalina, y 35% gabapentina. En cuanto a dietas, el 83% indica una dieta baja en FODMAPs, y el porcentaje llega hasta el 93% cuando hay distensión abdominal; y 82% considera otras, como dieta baja en gluten o dieta baja en lácteos. En SII-D y en distensión abdominal, más del 90% utiliza rifaximina y/o probióticos (sin diferencias entre cepas); también en SII-D el 81% indica colestiramina, y 78% loperamida. En caso de prueba de aliento positiva, el 60% considera rifaximina. En SII-E los tratamientos más recetados son polietilenglicol: 92%, psyllium: 89%, prucaloprida: 77%, linaclotida: 60%; y también hay diferencias por disponibilidad local. Los neuromoduladores son indicados hasta en un 94% cuando no hay respuesta al tratamiento convencional; en SII-D los tricíclicos son los más utilizados: 94%, y en SII-E los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina: 84%. En SII con síntomas depresivos, el 99% considera remitir a psicoterapia. Hasta el 75% indica en alguna medida terapias alternativas cuando no responden al tratamiento convencional, incluyendo acupuntura, herbolarios, hipnosis y terapia cognitiva conductual. **Conclusiones:** La encuesta muestra seguimiento a las guías de tratamiento, incluyendo antiespasmódicos como tratamiento de primera línea, su uso difiere por la disponibilidad local y subtipo de SII, siendo más recetados en SII-D. La rifaximina y los probióticos son frecuentemente indicados para SII-D. Los neuromoduladores son considerados como tratamiento de segunda línea, y la psicoterapia en depresión. Consideramos que para la óptima aplicación de recursos terapéuticos se requieren guías de práctica clínica diseñadas de acuerdo con la disponibilidad local de los tratamientos y a las evidencias de mayor calidad.



Tabla: Frecuencia reportada de tratamientos en SII y por subtipos.

Frecuencia	SII General						SII-Mixto		
	Neuromoduladores de 2da línea	Dieta baja en FODMAPs	Dieta baja en FODMAPs en distensión	Dieta baja en gluten o lactosa	Terapia psicológica en depresión	Terapias alternativas	Trimebutina	Mebeverina	Trimebutina + simeticona
Siempre	20,62%	12,37%	22,66%	5,15%	36,08%	5,15%	11,34%	9,28%	13,40%
La mayoría de la veces	46,39%	37,11%	23,71%	53,61%	31,96%	20,62%	25,77%	18,56%	32,99%
Algunas veces	26,80%	32,99%	46,39%	22,68%	30,93%	49,48%	48,45%	53,61%	35,05%
Nunca	6,19%	17,53%	7,22%	18,56%	1,03%	24,74%	13,40%	17,53%	10,31%
No está disponible en mi país	na	na	na	na	na	na	1,03%	1,03%	6,25%
SII-Diarrea									
Frecuencia	Trimebutina	Bromuro de pinaverio	Mebeverina	Rifaximina	Probióticos	Colestiramina	Loperamida	Rifaximina con test de aire espirado +	Tricíclicos
Siempre	13,40%	11,34%	6,19%	32,0%	30,93%	3,09%	10,31%	27,8%	22,7%
La mayoría de la veces	37,11%	25,77%	20,62%	41,2%	40,21%	14,43%	17,53%	12,4%	41,2%
Algunas veces	42,27%	47,42%	56,70%	22,7%	23,71%	63,92%	50,52%	18,6%	29,9%
Nunca	6,19%	14,43%	15,46%	4,1%	5,15%	17,53%	18,56%	27,8%	6,2%
No está disponible en mi país	1,03%	1,04%	1,03%	0,0%	0,0%	1,03%	3,09%	13,4%	0,0%
SII-Estreñimiento									
Frecuencia	Trimebutina	Trimebutina + simeticona	Bromuro de otilonio	Polietilenglicol	Psyllium	Prucaloprida	Linaclotida	Bisacodilo	Inhib. de recaptación de serotonina
Siempre	7,22%	13,40%	9,28%	21%	7%	8%	10%	2%	9,3%
La mayoría de la veces	28,87%	28,87%	17,53%	38%	24%	20%	15%	4%	28,9%
Algunas veces	38,14%	32,99%	45,36%	33%	58%	49%	34%	47%	45,4%
Nunca	24,74%	16,49%	24,74%	7%	10%	14%	13%	42%	16,5%
No está disponible en mi país	1,03%	8,25%	3,09%	1%	1%	8%	27%	4%	0,0%



# #17 - CARACTERÍSTICAS ELECTROGASTROGRÁFICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME DE VÓMITO CÍCLICO VERSUS CONTROLES SANOS

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-017>

Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Natalia Santos Guzmán<sup>2</sup>, Ana María Madrid Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) se caracteriza por episodios estereotipados de vómitos de inicio agudo durante los últimos tres meses, con inicio de síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico, habiendo descartado otras causas orgánicas. Esto podría deberse a una actividad mioeléctrica gástrica anormal, que puede detectarse mediante electrogastrografía de superficie (EGG). **Objetivo:** Describir hallazgos en electrogastrografía (EGG) de superficie en pacientes con síndrome vómito cíclico y compararlos con controles sanos. **Método:** Pacientes mayores de 18 años con criterios según consenso Roma IV para SVC. Se excluyeron pacientes con gastroparesia o patologías que pudiesen simular cuadro clínico como diabetes, cirugía bariátrica o mesenquimopatías. Se realizó EGG según técnica estandarizada registrando valores en ayuno y post prandiales. Se comparó con un grupo de controles sanos asintomáticos. Se realizó análisis descriptivo de los datos. Comparación de variables se utilizó  $\chi^2$  para variables cualitativas y para variables cualitativas, test de Wilcoxon. **Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes con SVC con mediana de edad de 47 años, 57% mujeres. Se compararon con 20 controles asintomáticos sin diferencia estadística en lo demográfico ( $p=0,331$ ). No se observó diferencias en la frecuencia dominante pre prandial entre grupos. Un 37% de los pacientes con SVC tuvieron una EGG normal en comparación con controles asintomáticos que tuvieron 75% de EGG normal ( $p=0,007$ ) Los pacientes con SVC presentaron en un 31% bradigastría y 9% taquigastría preprandial y en período post prandial sólo 54% de los pacientes con SVC tuvo una distribución normal versus 80% de los controles sanos. La distribución porcentual de la frecuencia post-prandial es normal en el 80% de los controles versus el 54% de los SVC ( $p=0,05$ ). Hay más sujetos con relación de potencia normal en controles asintomáticos versus SVC ( $p=0,22$ ). **Conclusión:** La actividad mioeléctrica gástrica anormal puede desempeñar un papel en la patogénesis del síndrome de vómitos cíclicos (SVC). La EGG es un examen no invasivo que puede ayudar a comprender proceso fisiopatológico detrás de este complejo síndrome.

	<b>VÓMITO CÍCLICO N = 35</b>	<b>CONTROLES N = 20</b>	<b>Valor p</b>
Edad (mediana;min-max)	47 (15 – 69)	36 (23 – 55)	0,331
Género (n;%)			
Femenino	20 (57)	14 (70)	0,345
Masculino	15 (43)	6 (30)	
Frecuencia Dominante normal pre-prandial (mediana;min-max)	3,05 (0,23 – 4,33)	3,05 (0,23 – 3,52)	0,401
Distribución porcentual de la frecuencia pre-prandial (n;%)			
Normal	19 (54)	15 (75)	0,128
Bradigastría	11 (31)	4 (20)	0,360
Taquigastría	3 (9)	0 (0)	0,178
Frecuencia Dominante normal post-prandial (mediana;min-max)	3,05 (0,23 – 7)	3,05 (0,23 – 3,6)	0,590
Distribución porcentual de la frecuencia post-prandial (n;%)			
Normal	19 (54)	16 (80)	<b>0,05*</b>
Bradigastría	8 (23)	3 (15)	0,483
Taquigastría	8 (23)	1 (5)	0,085
Relación de Potencia (mediana;min-max)	2,17 (0,109 – 89,4)	3,085 (0,26 – 14,69)	0,446
Relación de Potencia Normal (n;%)	15 (43)	12 (60)	0,221
Normales (última columna) (n;%)	13 (37,14)	15 (75)	<b>0,007</b>

# #18 - COMPARACIÓN DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SOBRECRECIMIENTO INTESTINAL POR FLORA PRODUCTORA DE METANO (IMO) ¿ESTAMOS SOBREDIAGNOSTICANDO A NUESTROS PACIENTES?

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-018>

Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>, Ana María Madrid Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** La disbiosis, junto al aumento de la permeabilidad intestinal y la hipersensibilidad visceral contribuyen a la fisiopatología del Síndrome de Intestino Irritable (SII). Se ha visto que pacientes con SII de predominio estreñimiento (E) producen metano a partir de la fermentación de carbohidratos por acción de arqueas como *Methanobrevibacter smithii*, contrastando con el SII-D, que carece de estos organismos. El test de aire espirado con lactulosa (TAEL) detecta niveles de hidrógeno (H<sub>2</sub>) y metano (CH<sub>4</sub>). La guía europea clasifica a los "productores de metano" aquellos con 10 partículas por millón (ppm) o más sobre el basal de CH<sub>4</sub> durante el estudio, mientras la norteamericana considera cualquier valor sobre 10 ppm como positivo para sobrecrecimiento por metano (IMO) lo que puede determinar cambios en la terapéutica. **Objetivo:** Comparar los distintos criterios diagnósticos para flora productora de metano y sobrecrecimiento intestinal por metano (IMO) en pacientes con SII y proponer un criterio ajustado a tiempo de tránsito orocecal de pacientes locales. **Metodología:** Se incluyeron pacientes con SII según criterios Roma IV que se realizaron test de aire espirado con lactulosa según protocolo estandarizado con mediciones cada 10 minutos. Se midió producción total de metano en los 180 minutos y se midió la presencia de IMO según los distintos criterios, considerándose como criterio americano (CA) cualquier elevación durante los 180 minutos de estudio mayor a 10 ppm, como criterio europeo (CE) una elevación de CH<sub>4</sub> mayor a 10ppm sobre el basal antes de los 90 minutos y el criterio propuesto por nuestro laboratorio (CCh) como 2 elevaciones mayores a 10 ppm sobre el basal en los primeros 60 minutos. Se incluyeron 3257 pacientes que cumplieron criterios Roma IV para SII siendo 2403 (72%) SII-E, 854 (28%) con SII-D y un grupo de 30 controles sanos asintomáticos. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Shapiro-Wilk y la comparación de grupos mediante la prueba de Chi<sup>2</sup>. **Resultados:** En los sujetos con SII-E, 2265 (94.3%) producían CH<sub>4</sub>, con una producción media en 180 minutos de 404.95 ± 286.6 ppm; pacientes con SII-D, 768 (84.1%) producían metano, con una media de 382.81 ± 268.62 ppm y los controles, 28 (93%) produjeron metano con un total de 374.7 ± 227 ppm en los 180 minutos de estudio (p=0,001). En relación al diagnóstico de IMO, usando CA pacientes con SII-E cumplían diagnóstico en un 92.6%, 52.3% con CE y 18.1% según CCh. De los con SII-D cumplían con diagnóstico el 89.0% según CA, 56.0% con CE, y 15.6% según CCh. Y en los controles según el CA el 93.3%, un 46.4% con el CE y un 14.3% con CCh. Todos mostrando diferencias significativas entre grupos (p=0,001). **Conclusión:** Los diferentes criterios de diagnóstico para el sobrecrecimiento de metano intestinal (IMO) muestran variaciones significativas, lo que subraya la necesidad de estandarizar los métodos de diagnóstico de IMO y no sobrediagnosticar pacientes. Esto muestra que una alteración en la microbiota productora de metano no necesariamente implica una comorbilidad.

	Total pacientes	No productor CH4 /%	Total CH4/±ppm	IMO USA /%	IMO Europa /%	IMO Chile /%	P value
SII-E	2403	138/5.74	405 /286.6	2097/92.6	1185/52.3	410/18.1	0,001
SII-D	831	71/8.54	382.8/268.6	697/89.0	439/56.0	122/15.6	0,001
Controles	30	2/14.3	374.7/227.3	28/93.3	13/46.4%	4/14.3	0,001

## #20 - EXPERIENCIA PRELIMINAR CON LA MANIOBRA “STRAIGHT LEG-RAISE” (SLR) DURANTE LA MANOMETRIA DE ALTA RESOLUCION EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-020>

Claudia Defilippi Guerra<sup>1</sup>, Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha ido adquiriendo un rol importante en el estudio de la enfermedad por reflujo (ERGE). Una nueva maniobra durante la MAR denominada “Straight Leg-Raise” (SLR) podría ser de utilidad para evaluar la función de barrera de la unión esófago-gástrica (UEG). Aumentos de la presión intraesofágica (P<sup>o</sup>IE) > 11 mmHg durante el SLR parecen predecir una exposición ácida > 6% en estudios internacionales. Objetivo: evaluar la utilidad de la SLR y su correlación con el tiempo de exposición ácida en un grupo de pacientes chilenos con síntomas de ERGE. Métodos: estudio transversal con enrolamiento prospectivo de pacientes adultos con síntomas persistentes de ERGE derivados para MAR y estudios de pHmetría y/o pH impedancia de 24 horas sin bloqueo ácido. La MAR se realizó mediante el protocolo de Chicago v4.0 (Equipo Medtronic). Al término del protocolo en supino se realizó SLR, debiendo el paciente elevar la pierna derecha a 45° por 5 a 7 segundos. La maniobra fue considerada efectiva cuando la presión intrabdominal (P<sup>o</sup>IA) aumentó en un 50%. Se registró la P<sup>o</sup>IE 5 cm sobre el esfínter esofágico inferior en condiciones basales y durante la maniobra, evaluando la variación de la presión intraesofágica. En todos los pacientes se realizó estudio de reflujo sin bloqueo ácido (Equipo Given Imaging). Se recopilaron datos demográficos, IMC, hallazgos endoscópicos y score de síntomas validado GERD-Q. Análisis estadístico: estadística descriptiva, (frecuencias y medidas de tendencia central), prueba de normalidad, Prueba de Chi<sup>2</sup>, Kruskal-Wallis y T- de Student, con un nivel de confianza p<0,05. SPSS v29. Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, 7 hombres, 15 mujeres, edad x 57 años (rango 37-76). Los pacientes se separaron en dos grupos según tiempo de exposición ácida (TEA), se consideró reflujo patológico a un TEA > 6%. Ver tabla 1. Los pacientes con TEA >6% presentaron una integral contráctil de la UEG menor (p=0.26), un mayor porcentaje de hernia hiatal (p=0.23) y mayor prevalencia de motilidad esofágica inefectiva (p=0.015). No hubo diferencias en el score de síntomas ni en el IMC. En cuanto a la utilidad de la maniobra SLR se observó un incremento significativo de la P<sup>o</sup>IE en el grupo con TEA > 6%, no así en el grupo sin ERGE. El delta en la mediana de presión fue de 15.35 mmHg en el grupo ERGE versus 9.4 mmHg en el grupo con TEA normal (p=0,038). En un 70 % de los pacientes con TEA > 6% hubo un incremento de la P<sup>o</sup>IE > 11 mmHg, considerándose una prueba positiva (p=0,035). El score de Milán fue mayor en el grupo ERGE 183 versus 84.3 puntos (p=0,007). Ver tabla 2. Conclusión: En este estudio preliminar la maniobra SLR fue factible de realizar y parece ser útil en pacientes con reflujo correlacionándose con TEA alterados. El 70 % de los pacientes con ERGE estudiados presentó una prueba positiva. Creemos se requiere ampliar el número de pacientes para sacar conclusiones definitivas.



**Tabla 1. Características demográficas y manométricas de los pacientes según presencia de reflujo patológico.**

	Exposición ácida < 6% (n= 12)	Exposición ácida > 6% (n= 10)	P value
Mujeres	58,3 %	80 %	0,28
Hombres	41,6 %	20 %	
Edad en años (media ± DS)	51,8 (10,07)	64,2 (8,0)	<b>0,005*</b>
IMC (kg/m <sup>2</sup> ; (mediana, RIQ)	27,8 (25,6 – 30,4)	27,3 (25,1 – 29,2)	0,067
GERD-Q score (media ± DS)	9,33 (0,86)	10,6 (0,90)	0,32
Integral contráctil UGE (mmHg) (mediana, RIQ)	21,85 (7,79 – 39,55)	13,45 (3,8 – 24,9)	0,26
Presión basal UGE (mmHg) (media ± DS)	18,6 (11,14)	14,71 (10,21)	0,41
Endoscopia sin esofagitis	58,3 %	50 %	0,70
Esofagitis erosiva	41,6 %	50 %	
Hernia hiatal por MAR	25 %	50 %	0,23
Motilidad Inefectiva a la MAR	0 %	40 %	<b>0,015*</b>
Tiempo exposición ácida (media ± DS)	2,4 (1,47)	8,68 (2,31)	<b>&lt; 0,001</b>

RIQ: rango intercuartil; DS: Desviación estándar; Chi 2 categóricas; T test, variables continuas con distribución normal; Kruskal Wallis variables continuas sin distribución normal. MAR: Manometría esofágica de alta resolución, UGE: Unión gastroesofágica

**Tabla 2. Maniobra de Straight- Leg Raise según tiempo de exposición ácida.**

Valores de la presión intraesofágica 5 cms sobre el esfínter esofágico inferior.

	Exposición ácida < 6%	Exposición ácida > 6%
Valor basal (mmHg)(promedio)	15.9	15.85
Valor post straight leg raise (mmHg)	25.37	37.07
Delta mmHg (valores promedio)	9.95	21.25
% ptes con incremento > 11 mmHg	25 %	70 %
Score de Milan (promedio)	99.3	167.59

Score de Milan: puntuación que incluye presencia de motilidad esofágica inefectiva, el incremento de la presión durante el SLR, la IC-UGE y el tipo de unión gastroesofágica a la MAR (www.milanscore.com)

## #21 - SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI- *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES VIH EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-021>

Daniela Muñoz Munizaga<sup>1</sup>, Carmen Hurtado Heim<sup>1</sup>, Natalia Covarrubias Ruz<sup>1</sup>, Julio Miranda Betancourt<sup>1</sup>, Jaime Poniachik Teller<sup>1</sup>, Alejandro AFANI Saud<sup>1</sup>, Milton Larrondo Lillo<sup>1</sup>, Cecilia Urrea Serey<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es una de las infecciones bacterianas más prevalentes a nivel mundial, siendo un agente etiológico clave en el desarrollo de enfermedades como la úlcera péptica y el cáncer gástrico. En Chile, la prevalencia de esta infección ha mostrado una disminución significativa en la última década, desde 45,1% en 2010 hasta un 29% en el año 2020. La prevalencia reportada de Hp en pacientes con VIH es variable, debido a factores como la inmunosupresión, el uso frecuente de antibióticos y la hipoclorhidria, que podrían influir en la infección. En Chile, no se han realizado estudios recientes en este ámbito. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de anticuerpos contra Hp en pacientes VIH positivos y compararla con la de un grupo de donantes de sangre. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre febrero y agosto de 2024, utilizando muestras almacenadas en la seroteca del laboratorio de Gastroenterología y del Banco de Sangre. El grupo de donantes de sangre y de pacientes VIH era comparable en edad y sexo. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años y en el caso de los pacientes con VIH se excluyeron los que tenían recuentos de CD4 inferior al rango de referencia del laboratorio (410 células/ul). Para la detección de anticuerpos anti-Hp se utilizó el test rápido OnSite®, la determinación se realizó según instrucciones del fabricante. Para la comparación de grupos se utilizó Chi cuadrado, se consideró un valor  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. **Resultados:** Se analizaron 147 muestras, 98,6% hombres, 74 pacientes VIH positivos (mediana edad: 39 años; rango 24-63) y 73 donantes de Sangre VIH negativos (mediana edad: 38 años; rango 18-64). La prevalencia de anticuerpos anti Hp fue de 59,5% en el grupo de pacientes VIH positivos y de 52,1% en el grupo de donantes de sangre. Estos resultados muestran una tendencia hacia una mayor seroprevalencia de Hp en la población VIH positiva, aunque la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ( $p=0.293$ ). **Conclusión:** Este estudio sugiere que *Helicobacter pylori* sigue siendo un problema relevante en la población chilena, con una prevalencia elevada tanto en pacientes VIH positivos como en donantes de sangre. El uso de pruebas serológicas permitió una evaluación más precisa de la exposición a Hp en este grupo de pacientes con VIH.



## #22 - DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-022>

Rene Rojas Brain<sup>1,2</sup>, Camila Estay Hernández<sup>1</sup>, Natalia Covarrubias Ruz<sup>1</sup>, Daniela Simian Marin<sup>1</sup>, Camila Maulen Lanca<sup>1</sup>, Edith Pérez de Arce Oñate<sup>1</sup>, Paula Calderón Droguett<sup>2</sup>, Ana Vasquez Cavalieri<sup>2</sup>, Cristian Montenegro Urbina<sup>1</sup>, Isabel Lagos Villaseca<sup>1</sup>

Hospital Clínico de la Universidad de Chile,<sup>1</sup> Clínica INDISA.<sup>2</sup>

...

**Introducción:** Golimumab (GM) es un anticuerpo monoclonal completamente humanizado, con eficacia demostrada en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU). En Chile está disponible a través de la Ley Ricarte Soto, que establece la dosificación de mantenimiento según el peso del paciente (50 mg o 100 mg cada 4 semanas, con un punto de corte en 80 kg). Sin embargo, hasta el 60% de los pacientes no responde o pierde respuesta durante el tratamiento. El monitoreo de los niveles plasmáticos (NP) de otros anti-TNF ha demostrado ser una estrategia efectiva para ajustar la dosificación, ya que niveles más altos se asocian a una mayor tasa de respuesta. No obstante, los estudios sobre los NP de GM son escasos. **Objetivos:** Determinar los NP de GM en pacientes con CU en fase de mantención y su relación con la actividad de la enfermedad, además de identificar factores asociados a niveles subterapéuticos. **Método:** Estudio transversal realizado en todos los pacientes con CU en tratamiento con GM en fase de mantención en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y Clínica Indisa. Se midieron los NP de GM en la plataforma AFIAS de Boditech, junto con la recolección de datos sociodemográficos y de índices de actividad clínica, endoscópica y variables de laboratorio. Se definió actividad inflamatoria como mayo endoscópico > 1 y/o calprotectina fecal > 200ug/g. Se consideró niveles sub-terapéuticos a GM  $\leq 2$   $\mu\text{g}/\text{mL}$ . Se realizó estadística descriptiva y analítica, comparando grupos mediante test exacto de Fisher (variables cualitativas) y Wilcoxon (variables cuantitativas) en Programa Stata15.0. Se consideró un  $p < 0,05$  como significativo. **Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, de los cuales 11 (55%) eran hombres, con una media de edad de 35 años (20-65). El 75% presentaba colitis extensa. La mitad recibía terapia combinada, ocho (40%) fueron optimizados de 50 mg a 100 mg de GM cada 4 semanas. En el momento del estudio, 30% de los pacientes presentaba actividad inflamatoria. La mediana de NP de GM fue de 2,18  $\mu\text{g}/\text{mL}$  (0,87-7,55), siendo un 45% (n=9) subterapéuticos. Los pacientes en remisión presentaron NP de 2,96  $\mu\text{g}/\text{mL}$  (0,87-7,55) en comparación con los pacientes activos, con 1,85  $\mu\text{g}/\text{mL}$  (1,15-2,66),  $p = 0,117$ . Los NP se asociaron a la dosis de GM (1,72  $\mu\text{g}/\text{mL}$  (0,87-2,33) con 50mg vs 3,11  $\mu\text{g}/\text{mL}$  (1,15-7,55) con 100 mg,  $p = 0,039$ ). **Conclusión:** La tasa de remisión con GM en la población estudiada es elevada, alcanzando un 70%. No obstante, solo un 55% de los pacientes presentó NP de GM en el rango terapéutico. Aunque se observó una tendencia de mayor actividad de la enfermedad en pacientes con niveles sub-terapéuticos, esta no fue estadísticamente significativa. Los niveles sub-terapéuticos se asociaron a dosis menores del fármaco y mayor índice de masa corporal (IMC). Este estudio apoya el monitoreo de los NP de GM como una herramienta útil para el seguimiento de la terapia, y sugiere considerar dosis más altas en la fase de mantención.

**Figura 1. Asociación entre niveles de Golimumab y actividad inflamatoria de la Colitis Ulcerosa**

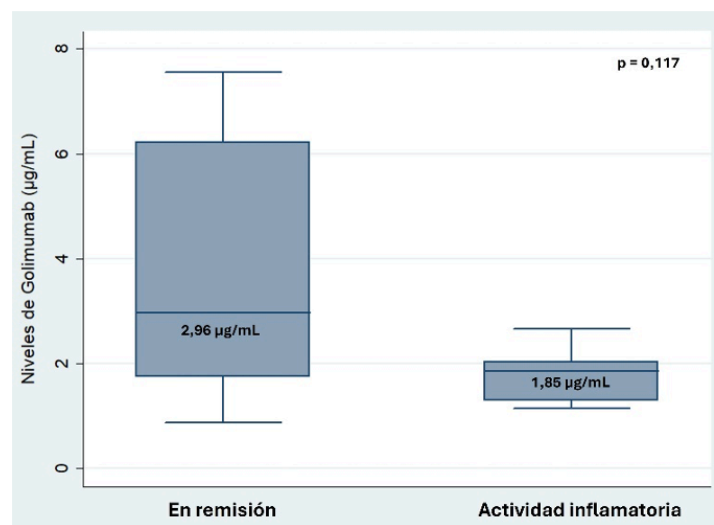


Tabla 1. Comparación de variables demográficas y clínicas en relación a niveles óptimos de Golimumab

	Niveles sub-terapéuticos N = 9 (45%)	Niveles terapéuticos N = 11 (55%)	Valor p
Sexo			
Femenino	6 (67)	3 (27)	0,175
Masculino	3 (33)	8 (73)	
Edad (años)	39 (20 – 65)	33 (23 – 63)	0,675
Extensión CU			
Proctitis	0 (0)	1 (9)	0,646
Izquierda	2 (22)	2 (18)	
Extensa	7 (78)	8 (73)	
TB previa	2 (22)	1 (9)	0,566
Dosis			
50 mg	5 (56)	1 (10)	<b>0,050</b>
100 mg	4 (44)	10 (90)	
Terapia combinada AZA	4 (44)	5 (45)	1,000
Tiempo de uso (meses)	33 (12 – 59)	10 (4 – 53)	0,062
IMC	27,1 (24,4 – 36,7)	24,7 (19,8 – 33,6)	<b>0,036</b>
Optimización Golimumab	2 (22)	6 (55)	0,197
Actividad clínica (Mayo clínico > 4)	3 (33)	0 (0)	0,074
Actividad bioquímica (CF >200) y o Endoscópica (Mayo > 1)	4 (44)	2 (18)	0,336

## #23 - ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN ANORMAL DEL GEN P53 A TRAVÉS DE INMUNOHISTOQUÍMICA Y LA PROGRESIÓN HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT: ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-023>

Diego Ruedi Zalaquett<sup>1</sup>, Gonzalo Carrasco Avino<sup>2</sup>, Felipe Moscoso Jara<sup>1</sup>, Antonio Rollan Rodríguez<sup>1</sup>, Gustavo Walsen Arangua<sup>2</sup>, Alex Arenas Aravena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, <sup>2</sup>Clínica Alemana, Santiago, Chile.

**Introducción:** el esófago de Barrett (EB) corresponde al reemplazo del epitelio escamoso del esófago distal por mucosa columnar especializada y metaplasia intestinal. Es el principal factor de riesgo para desarrollar adenocarcinoma esofágico (ACE), y aumenta según la presencia y el grado de displasia. Existe la necesidad de encontrar un biomarcador para estratificar el riesgo y planificar una vigilancia más efectiva del EB. La expresión anormal del gen p53 podría identificar pacientes con mayor riesgo de progresión, incluso en ausencia de displasia, por lo que sería un biomarcador útil para guiar el tratamiento y seguimiento en pacientes con EB. **Material y Métodos:** análisis retrospectivo de pacientes con biopsias por sospecha endoscópica de EB. Se incluyeron pacientes con demostración histológica de metaplasia intestinal en esófago distal e inmunohistoquímica para p53. Se registraron datos demográficos, clasificación de Praga (o calculada a partir del reporte endoscópico), presencia de displasia y p53 alterado (reporte histológico). El objetivo principal fue evaluar la relación entre la expresión anormal de p53 y displasia. **Resultados:** Se incluyeron 147 pacientes con EB (edad 62 años, 68% hombres, IMC 26, 29% fumadores). Un 2.7% tenía antecedente familiar de EB o cáncer de esófago. Un 50% tenía síntomas de ERGE y 51% utilizaban inhibidor de bomba de protones en forma crónica. La mediana de extensión del EB fue de 2 cm (RIQ 1-4). Once pacientes (7,5%) tenían displasia, 6 displasia de alto grado (DAG) y 5 displasia de bajo grado (DBG). De los pacientes con displasia, 4/11 (36%) tenían p53 alterado, todos ellos con DAG. De los pacientes sin displasia, 9/136 (7%) tenían p53 alterado (chi cuadrado,  $p < 0.05$ ). No hubo correlación significativa entre p53 alterado, tabaquismo ( $p=0.60$ ) o longitud del EB ( $p=0.90$ ). En análisis multivariado, la displasia fue la única variable asociada a p53 alterado. **Conclusión:** en este estudio, se encontró que una minoría de los pacientes con EB sin displasia presentaron alteración del p53 (7%), a diferencia de los pacientes con displasia en los cuales 36% presentó p53 alterado. Estos hallazgos sugieren que la alteración de p53 puede ocurrir en etapas tempranas del proceso neoplásico, antes de que la displasia sea clínicamente detectable. Aunque la proporción de p53 alterado en ausencia de displasia es baja, su presencia podría indicar un riesgo elevado de progresión a displasia y adenocarcinoma esofágico. Esto refuerza el potencial de p53 como un biomarcador para identificar pacientes que podrían beneficiarse de una vigilancia más estrecha, incluso en ausencia de displasia. Se requieren estudios adicionales para confirmar el valor predictivo de p53 alterado en esta subpoblación y su utilidad en la práctica clínica.

Tabla 1:

Variable	Resultado
n	147
Sexo % (hombres)	68 (n=100)
Edad (años)	62 (RIQ 50-69)
TBQ (%)	29,3 (n=43)
Alcohol (%)	64,6 (n=95)
AAFF EB (%)	2,7 (n=4)
AAFF CaE (%)	2,7 (n=4)
ERGE (%)	50,3 (n=74)
IBP (%)	51 (n=75)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26 (RIQ 25-29)
Displasia (%)	DAG: 4,1 (n=6) DBG: 3,4 (n=5) No: 92,5 (n=136)
P53 (%)	Total 8,8 (n=13) Sin displasia 6,6 (n=9) DBG 0 (n=0) DAG 2,7 (n=4)

Extensión (cm)	2 (RIQ 1-4)
----------------	-------------



## #24 - CUANTIFICACION DEL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DEL VIRUS HEPATITIS B (qHBsAg) EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIVIRAL CON ENTECAVIR O TENOFOVIR

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-024>

Daniela Muñoz Munizaga<sup>1</sup>, Natalia Covarrubias Ruz<sup>1</sup>, Julio Miranda Betancourt<sup>1</sup>, Carmen Hurtado Heim<sup>1</sup>, Jaime Poniachik Teller<sup>1</sup>, Mauricio Venegas Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La cuantificación del Antígeno de Superficie del Virus Hepatitis B (qHBsAg) ha demostrado ser una herramienta útil para determinar la suspensión de la terapia antiviral con los análogos de nucleós(t)ido Entecavir (ETV) o Tenofovir (TFV) en pacientes que han eliminado el antígeno "e" del VHB (HBeAg) y cuya carga viral es negativa o bajo el rango de cuantificación del método. Actualmente, pacientes con un nivel de qHBsAg <100 UI/mL o <1000 UI/mL, dependiendo de la población, se consideran buenos candidatos para la suspensión de la terapia. En Chile, no existen reportes de esta medición en pacientes bajo tratamiento antiviral con los fármacos mencionados. **Objetivo:** Determinar los niveles de qHBsAg en pacientes en terapia antiviral con ETV o TFV. **Método:** Se analizaron en forma retrospectiva, muestras de suero, debidamente almacenadas, correspondientes a pacientes con infección crónica por VHB que se encontraban en tratamiento antiviral con ETV o TFV y que presentaban el HBeAg negativo, con o sin presencia del anticuerpo anti-HBe y además tenían una carga viral negativa o <6 UI/mL. La medición del qHBsAg se realizó mediante inmunoensayo quimioluminiscente automatizado Architect i1000 (Abbott). **Resultados:** Se recolectaron los datos de 47 pacientes (44 hombres y 3 mujeres, edad promedio 47,6±13,1 años), de los cuales 38 tenían positivo el anticuerpo anti-HBe. Con respecto a la terapia antiviral, 27 se encontraban en tratamiento con ETV (entre 1 y 11 años) y 20 con TFV (entre 2 y 12 años). 11 pacientes (23,4 %) tenían niveles de qHBsAg <100 UI/mL, mientras que 17 pacientes (36,1 %) tenían niveles <1000 UI/mL. Al comparar los pacientes con niveles de qHBsAg <1000 UI/mL v/s >1000 UI/mL, no hubo diferencias con respecto al tiempo de tratamiento ( $p=0,0536$ , Mann-Whitney U test), edad de los pacientes ( $p=0,8181$ ) o antiviral utilizado ( $p=0,2257$  Fisher exact test). **Conclusión:** Este estudio resalta la relevancia clínica que tiene la determinación del qHBsAg en pacientes en tratamiento antiviral con ETV o TFV, ya que nos ha permitido identificar entre un 23-36 % de pacientes que serían buenos candidatos para suspender la terapia. Queda por definir cuál sería el mejor nivel de corte para nuestra población, <100 UI/mL o <1000 UI/mL.

## #25 - LA MASA MUSCULAR, INDEPENDIENTE DEL GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA, ATENÚA LA PROGRESIÓN DE LA DISFUNCIÓN METABÓLICA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-025>

Daniel Cabrera García<sup>1</sup>, Loreto Aguilar Barria<sup>1</sup>, Faride Saud<sup>1</sup>, Marcelo Andia<sup>2</sup>, Marco Arrese<sup>2</sup>, Nancy Solís<sup>2</sup>, Claudio Cabello-Verrugio<sup>3</sup>, Juan Pablo Arab<sup>4</sup>, Luis Antonio Díaz<sup>2</sup>, Francisco Barrera<sup>2</sup>, Lisbell Estrada<sup>5</sup>, Rene Baudrand<sup>2</sup>, Paula Rivera<sup>2</sup>, Marianny Portal Rodríguez<sup>3</sup>, Laura Manjarres<sup>2</sup>, Juan Esteban Oyarzún<sup>2</sup>

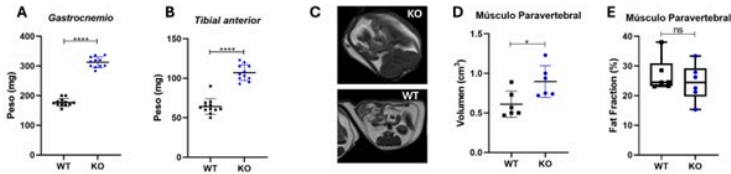
<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>3</sup>Universidad Andres Bello, <sup>4</sup>University of Richmond, <sup>5</sup>Universidad Bernardo O'Higgins.

La disfunción metabólica asociada a la enfermedad de hígado graso (MASLD) es una enfermedad relevante para la salud pública ya que se estima que un 32% de la población mundial la sufre. MASLD es una condición ligada a la sarcopenia y que se ve exacerbada por la obesidad. Diversos estudios han asociado la masa muscular con MASLD, destacando el estudio longitudinal realizado en Corea del Sur publicado en el año 2018 en donde se asoció el aumento del índice de masa del músculo esquelético con una menor incidencia de MASLD, independientemente de otros factores demográficos o parámetros de salud. Nuestra investigación explora el rol de la masa muscular en la progresión de MASLD. Para tal efecto utilizamos una línea murina knockout para miostatina (MSTN-KO), la cual se caracteriza por exhibir hipertrofia muscular independiente del grado de actividad física. El protocolo para inducir MASLD consistió en alimentar con dieta occidental por 24 semanas a ratones macho MSTN-KO y WT. Posteriormente se evaluó su rendimiento físico mediante una trotadora. La composición corporal se evaluó a través de bioimpedanciometría y resonancia magnética nuclear. Al finalizar el protocolo, se evaluó la fuerza muscular por electrofisiología, parámetros histológicos y bioquímicos. Los ratones MSTN-KO exhibieron mayor masa muscular que los ratones WT pero sin diferencia de infiltración de grasa en el músculo paravertebral, además, el grupo KO no desarrolló hepatomegalia en respuesta a la dieta occidental y esto se acompañó con que el grupo KO tuvo menor infiltración de grasa e inflamación en el hígado, lo que se reflejó en un menor NAS score en comparación al grupo WT. La fuerza muscular, evaluada mediante electrofisiología, se observó aumentada en los animales MSTN-KO en comparación a los WT. Pese a esto, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto al rendimiento físico en pruebas de resistencia utilizando una trotadora. Lo anterior, sugiere que el aumento de la masa muscular no se tradujo en una mayor capacidad de ejercitación del modelo MSTN-KO. Nuestros resultados sugieren que el incremento de la masa muscular protege del desarrollo de MASLD y que estas diferencias se deben a la masa muscular y no a una mayor capacidad y/o actividad física. Finalmente, proponemos que la línea murina MSTN-KO es un valioso modelo para explorar y entender las conexiones del eje músculo-hígado en las enfermedades hepáticas.





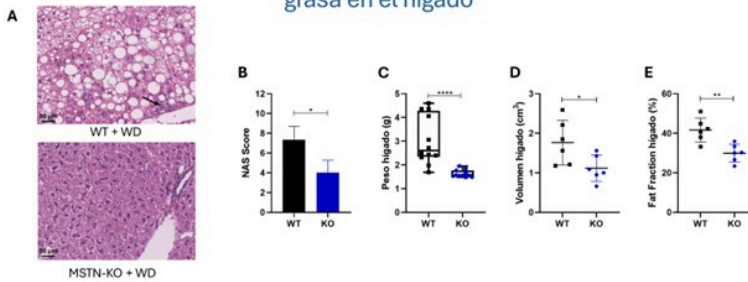
Ratones KO-MSTN tienen mayor masa y volumen muscular



(A) Peso músculo *gastrocnemio*, (B) Peso músculo *tibial anterior*, análisis por resonancia magnética: (C) Imagen representativa abdominal (D) Volumen músculo paravertebral, (E) Porcentaje de infiltración de grasa en el músculo paravertebral. Welch's T Test. Mann-Whitney T Test.  $p < 0.05$ ,  $**p < 0.01$ ,  $***p < 0.001$ , ns= no significativo.



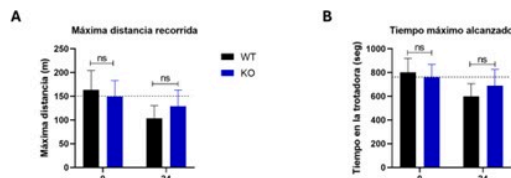
Ratones MSTN-KO tienen menor porcentaje de infiltración de grasa en el hígado



(A) Histología hepática de hematoxilina & eosina (flecha indica infiltración), (B) NAS score (C) Pesos hígado, análisis por resonancia magnética: (D) Volumen hígado, (E) Porcentaje de infiltración de grasa en el hígado. Welch's T Test. Mann-Whitney T Test.  $p < 0.05$ ,  $**p < 0.01$ ,  $***p < 0.001$ , ns= no significativo.



La protección observada sobre MASLD en los ratones MSTN-KO no se relaciona con un mayor rendimiento en el ejercicio



Resultados prueba de velocidad incremental en trotadora. (A) Máxima distancia recorrida. (B) Tiempo máximo alcanzado corriendo en la trotadora. ANOVA de dos vías.  $p < 0.05$ ,  $**p < 0.01$ ,  $***p < 0.001$ , ns= no significativo.



## #26 - PREVALENCIA DE VIRUS DE HEPATITIS B Y C MEDIANTE TAMIZAJE CON TEST RÁPIDO EN UNA COHORTE CHILENA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-026>

Lorena Castro<sup>1</sup>, Javier Pérez-Valenzuela<sup>1</sup>, Franco Weisser<sup>1</sup>, Freddy Siegel<sup>2</sup>, Herman Aguirre<sup>3</sup>, Marina Becerra<sup>4</sup>, Gonzalo Veloso<sup>5</sup>, Jaime Poniachik<sup>6</sup>, Carlos Valdebenito<sup>7</sup>, Luis Felipe Bustamante<sup>7</sup>, Gonzalo Vizueta<sup>8</sup>, Juan Rozas<sup>9</sup>, Elizabeth Araya<sup>10</sup>, Lilian Isla<sup>3</sup>, Alejandra Rivera<sup>4</sup>, Rosario Pino<sup>6</sup>, Daniela García<sup>7</sup>, Andrea Martínez<sup>8</sup>, Javiera Achondo<sup>1</sup>, Luis Sotillet<sup>10</sup>, Daniela Simian<sup>6</sup>, Gabriel Mezzano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Hospital de Valdivia, <sup>3</sup>Hospital del Salvador, <sup>4</sup>Clínica Dávila, <sup>5</sup>Instituto Nacional del Cáncer, <sup>6</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>7</sup>Hospital Hernán Henríquez Aravena, <sup>8</sup>Hospital Juan Noé, <sup>9</sup>Complejo asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, <sup>10</sup>Hospital San José del Carmen.

**Introducción:** Los virus hepatitis B (VHB) y C (VHC) son una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Su epidemiología en Chile no es completamente conocida, estimándose una prevalencia de 0,034-0,15% para VHB y 0,1-0,19% para VHC. Si bien, en Chile, existe amplia cobertura y disponibilidad de tratamientos antivirales, la principal barrera para lograr la eliminación de estos virus es el desconocimiento de la condición serológica. **Objetivos:** Establecer la prevalencia mediante tamizaje de VHB y VHC en población de riesgo en Chile. **MÉTODOS:** Estudio transversal, multicéntrico, con participación de 10 centros de salud chilenos (7 públicos y 3 privados). Se aplicaron test rápidos VHB/VHC (CTK-BIOTECH) en personas de 18 años o más con al menos 1 factor de riesgo. Se recolectaron datos demográficos y clínicos mediante plataforma REDCap®. El análisis estadístico se realizó con programa Stata 16.0. **Resultados:** Se incluyeron 1.290 pacientes en el análisis, edad promedio 44,6 ± 14,6 años y 62% fueron mujeres. En la figura 1 se describe la frecuencia de sujetos incluidos por centro. Las tres regiones donde se tamizaron más pacientes fueron Región Metropolitana (60,5%), La Araucanía (9,7%) y Los Ríos (9,2%). Los principales factores de riesgo fueron: personal de salud expuesto (36%), obesidad con hígado graso (16,3%), Elevación de transaminasas (14%) y privación de libertad (14%). En la Tabla 1 se muestran las características de los sujetos incluidos en el tamizaje. Del total de test realizados, 3 pacientes presentaron test positivo para VHB y 1 paciente coinfección VHB - VHC, dando seroprevalencia de 0,49% y 0,12% para VHB y VHC, respectivamente. Dos de los pacientes presentaban coinfección con VIH. Se realizó serología, confirmando el diagnóstico de VHB en un paciente y de VHC en otro. **Conclusiones:** En este estudio preliminar, la prevalencia de VHB y VHC en población con factores de riesgo es baja. Se requiere continuar con el reclutamiento de pacientes para identificar en qué población enfocar los esfuerzos del tamizaje y otras medidas preventivas de salud pública.

Figura 1. N° de sujetos enrolados por centro

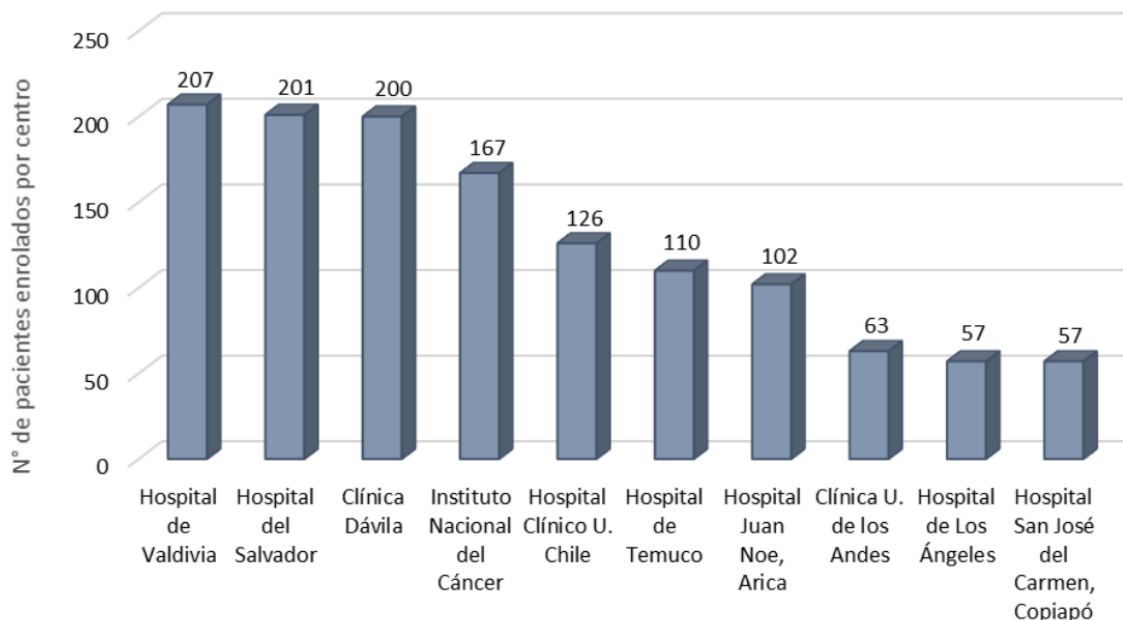


Tabla 1. Caracterización de los sujetos incluidos en el estudio

Edad (media, DE)	Total N = 1.290 (%) 44,6 (14,6)
------------------	---------------------------------------

Sexo	
Femenino	797 (62)
Masculino	486 (38)
No binario	5 (0,4)
Región de residencia	
Arica y Parinacota	102 (7,9)
Tarapacá	1 (0,1)
Antofagasta	3 (0,2)
Atacama	59 (4,6)
Coquimbo	2 (0,2)
Valparaíso	10 (0,8)
Libertador General Bernardo O'Higgins	2 (0,2)
Maule	13 (1,0)
Ñuble	3 (0,2)
Biobío	56 (4,3)
Araucanía	125 (9,7)
Los Ríos	119 (9,2)
Los Lagos	11 (0,8)
Aysén	1 (0,1)
Magallanes y Antártica	2 (0,2)
Metropolitana de Santiago	779 (60,5)
Pertenece a un pueblo originario	133 (11)
Consumo de alcohol	
Si	395 (31)
No	762 (59)
Sin información	133 (10)
Más de 2 copas al día en mujeres y 3 en hombres	64 (5)
Comorbilidades	
Diabetes Mellitus	97 (9)
Hipertensión arterial	247 (22)
Resistencia a la insulina	162 (15)
Hipotiroidismo	108 (10)
Hígado graso	261 (23)
Enfermedad renal crónica	12 (1)
Otra	247 (22)



Factores de riesgo VHB - VHC	464 (36,0)
Personal de Salud expuesto	210 (16,3)
Obesidad con hígado graso	181 (14,0)
Elevación de transaminasas	180 (14,0)
Privación de libertad	70 (5,4)
Donante de productos sanguíneos	59 (4,6)
Coinfección por VIH	56 (4,3)
Conductas sexuales de riesgo	30 (2,3)
Cirrosis hepática alcohólica	25 (1,9)
Embarazada	21 (1,6)
Hombre que tiene sexo con hombres	19 (1,4)
Transfusión de sangre antes de 1996	10 (9,8)
Situación de calle	8 (0,6)
Víctima de violencia sexual	5 (0,4)
Hemodiálisis	4 (0,3)
Parejas sexuales con VHC	4 (0,3)
Donante de productos órganos	1 (0,1)
Hijo de madre con VHC	1 (0,1)
Hijo de inmigrante de regiones de alta prevalencia no vacunado	1 (0,1)
Otro	47 (3,6)
Ninguno	181 (14,0)



## #27 - TABACO Y RIESGO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ANÁLISIS PRELIMINAR DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE CASOS INCIDENTES

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-027>

Bárbara Riffo Vicencio<sup>1</sup>, Ignacia Sepúlveda Rodríguez<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Sumie Kato Cardemil<sup>1</sup>, Carolina Pávez Ovalle<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abde<sup>1</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>1</sup>, Nicolás Besser Pimentel<sup>1</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye principalmente la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU), es una condición crónica del tracto gastrointestinal con síntomas variables e impacto significativo en la calidad de vida. El diagnóstico precoz es crucial para prevenir complicaciones. Estudios prospectivos de casos incidentes desde el inicio de la enfermedad son importante para determinar factores de riesgos y pronósticos, pero son escasos en Latinoamérica. **Objetivos:** Comparar las características demográficas y manifestaciones clínicas de pacientes con síntomas digestivos sugerentes de EII sometidos a estudio endoscópico en que se confirma o no la presencia de EII. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional prospectivo de 51 pacientes con síntomas digestivos de al menos 3 semanas de duración como diarrea, dolor abdominal o sangrado digestivo bajo, con estudio infeccioso negativo y sometidos a ileocolonoscopía con biopsias. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes familiares de EII, IMC, hábito tabáquico y se administró la encuesta Inflammatory Bowel Disease Questionnaire 32 (IBDQ32). Exámenes de laboratorio y calprotectina fecal (CF) previo a la colonoscopia fueron registrados. Pacientes con y sin EII confirmada fueron comparados. Para las variables continuas se calculó la mediana y rango intercuartil (RIQ) y fueron comparadas con test de Mann-Whitney y las variables categóricas se resumieron en porcentaje y comparadas con test exacto de Fisher. Un  $p < 0,05$  fue considerado significativo en el análisis univariado. **Resultados:** La mediana de edad de la cohorte fue 30 años (RIQ 19-68) y 28 (54,9%) fueron mujeres. El diagnóstico de EII se confirmó en 24 (47,1%) de los pacientes (14 EC y 10 CU). No hubo diferencias entre los pacientes con y sin EII en la edad (29 vs 40 años;  $p = 0,2$ ), IMC (24 vs 25;  $p = 0,7$ ); historia familiar de EII (29% vs 29%,  $p = 1$ ), duración de los síntomas (4,4 vs 2,2 meses;  $p = 0,5$ ) y IBDQ32 total (139 vs 137;  $p = 0,8$ ). El porcentaje de pacientes ex fumadores fue significativamente mayor en pacientes con EII confirmada (33% vs 3,7%) con similar proporción de pacientes fumadores actuales entre ambos grupos (22% vs 25%). Al analizar por diagnóstico 35% de los pacientes con EC y 40% de los con CU eran ex fumadores. Pacientes con EII confirmada tuvieron valores mayores de leucocitos ( $8900$  vs  $6850 \times 10^3/\mu\text{L}$ ;  $p = 0,03$ ), plaquetas ( $346000$  vs  $263000 \times 10^3/\mu\text{L}$ ;  $p = 0,02$ ), VHS (18,5 vs 6;  $p = 0,01$ ); proteína C reactiva (0,7 vs 0,1 mg/dl;  $p = 0,004$ ) y CF (964 vs 27,1 mcg/g;  $p = 0,003$ ), así como menores valores de albúmina (4,2 vs 4,5;  $p = 0,007$ ). **Conclusión:** Nuestros resultados preliminares confirman la exposición al tabaco como factor de riesgo de EII, particularmente el estatus de exfumador como riesgo de CU. Este estudio que está en curso y que incluye la creación de un biobanco servirá para determinar factores de riesgo de EII en población chilena y factores pronósticos del curso de la enfermedad desde el diagnóstico. Financiamiento: FONDECYT 1230757 de CHR.



## #28 - CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, E HISTOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO, ENTRE LOS AÑOS 2018-2023

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-028>

Nicole Bustos Marquard<sup>1</sup>, Jorge Troncoso Rojas<sup>2</sup>, Leonardo Santander Hess<sup>1</sup>, Christian Lara Abarzua<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Hernán Henríquez Aravena, <sup>2</sup>Universidad de la Frontera.

**Introducción:** La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad inflamatoria de curso crónico con un amplio espectro de presentación clínica, con una incidencia y prevalencia no despreciable, afectando a pacientes de diversas edades, produciendo deterioro de la calidad de vida y pérdida en años de vida laborales, con el consecuente impacto económico y en la morbimortalidad. La realización de un estudio de estas características a nivel local es novedoso y ofrece una ventana de oportunidad tanto para reconocer precozmente esta entidad como para garantizar un tratamiento que logre frenar la progresión y el impacto de la misma. En Chile no existen estudios recientes que evalúen estas características. **Objetivo general:** Determinar las características clínicas, demográficas e histológicas de los pacientes con diagnóstico de Hepatitis Autoinmune en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, entre los años 2018 a 2023. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo de corte transversal sobre un total de 52 pacientes con diagnóstico de HAI por biopsia hepática en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, entre los años 2018-2023, según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. **Resultados:** La edad promedio de presentación es 51.94 años (27 a 74 años), siendo sexo femenino el 92.3%. La forma de presentación inicial más frecuente fue Hepatitis aguda (28.8%), seguido de Cirrosis hepática (23.1%). De los pacientes con cirrosis el 64% presentó puntaje de Child-Pugh A y un promedio de MELD-Na de 12. HAI se asoció a otras enfermedades autoinmunes en 67,3% de los casos siendo Lupus Eritematoso Sistémico la más frecuente con un 45.7%. La sobreposición de HAI con colangitis biliar primaria (CBP) estuvo presente en 38.5% y con colangitis esclerosante primaria en solo un 1.9%. El perfil hepático promedio fue GOT de 329U/L y GPT 347U/L, bilirrubina total de 4.77mg/dl, fosfatasa alcalina de 232U/L, GGT 205, INR 1.18 e inmunoglobulina G de 2224mg/dl. El anticuerpo con mayor detección fue el antinuclear (ANA) en un 80%, seguido de anticuerpo antimúsculo liso (AML) en un 36.5%. A nivel histológico 45 (86%) fueron percutáneas, 80,8% con muestras suficientes, fibrosis según escala de METAVIR en su mayoría grado 1(36.5%) y grado 3 (36.5%). Al momento de la biopsia el 86.5% de los pacientes ya había iniciado tratamiento inmunosupresor (93.3% con prednisona y 64.4% prednisona más azatioprina). Finalmente se observó un porcentaje de mortalidad fue de 5.8% al año de seguimiento posterior a la biopsia hepática. **Discusión:** La epidemiología de HAI en este estudio es similar a lo reportado en la literatura internacional siendo predominante en mujeres de edad mediana y hepatitis aguda la forma más frecuente de presentación. Sin embargo, es preocupante el alto número de pacientes con grado de fibrosis avanzada/cirrosis al momento de la biopsia hepática, lo que evidencia la necesidad de contar con estudios no invasivos más precoces para un diagnóstico y tratamiento oportuno.



## #29 - LA ANEMIA SE ASOCIA CON ACTIVIDAD BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-029>

Camila Estay Hernández<sup>1</sup>, Daniela Simian Marín<sup>1</sup>, René Rojas Brain<sup>1</sup>, Cristián Montenegro Urbina<sup>1</sup>, Camila Maúlen Llanca<sup>1</sup>, Natalia Covarrubias Ruz<sup>1</sup>, Isabel Lagos Villaseca<sup>1</sup>, Edith Pérez de Arce Oñate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

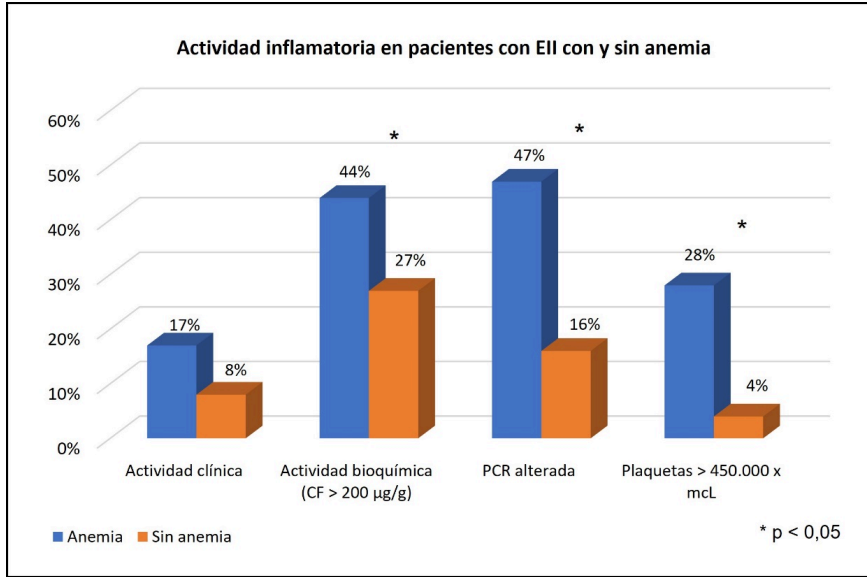
**Introducción:** En las Enfermedades Inflammatorias Intestinales (EII) existen distintas manifestaciones extraintestinales siendo la más frecuente la anemia. Sin embargo, debido a la gran heterogeneidad que existe en los grupos estudiados al momento de evaluar anemia, su prevalencia se ha descrito en un amplio rango entre 9-73% de los pacientes con EII. El origen de la anemia asociada a EII es multifactorial (principalmente por déficit de hierro y por enfermedad crónica), muchas veces es poco evaluada lo que implica un tratamiento subóptimo y se relaciona con una peor calidad de vida. **Objetivos:** Determinar la presencia de anemia en pacientes con Enfermedad Inflammatoria Intestinal y su relación con actividad clínica y bioquímica de la enfermedad. **Métodos:** Estudio observacional de corte transversal utilizando registro con fines de investigación de Enfermedades Inflammatorias Intestinales en plataforma RedCap®, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se seleccionaron pacientes con al menos una consulta de seguimiento entre el 1 de enero y 31 de julio 2024, en la que se hubiese registrado hemograma y calprotectina fecal. Se definió anemia como Hemoglobina (Hb) < 13 g/dL en hombres y <12 g/dL en mujeres. Se estableció como actividad de enfermedad, calprotectina fecal > 200 ug/g. Se realizó un análisis comparativo de las variables sociodemográficas, clínicas y de actividad de la EII. Se consideró un  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. **Resultados:** En el período mencionado se controlaron 538 pacientes un 73% contaba con hemograma en la visita, en aquellos con más de una visita se seleccionó la última. Hubo 265 que cumplían con los criterios de selección determinados, 183 mujeres (69%), mediana de edad 41 años (rango 16 – 78), duración de EII mediana de 4,3 años (rango 0-39) y un 67% con diagnóstico de Colitis Ulcerosa. La prevalencia de anemia fue de 14%. Al comparar ambos grupos destaca que, en cuanto a previsión en salud, los pacientes FONASA presentaban mayor anemia ( $p = 0,004$ ), como también aquellos con menos años de evolución de enfermedad 2,6 versus 4,8 ( $p = 0,003$ ). No hubo diferencias significativas con respecto al diagnóstico de EII, ni tampoco al evaluar extensión y fenotipo de la enfermedad. No se observaron diferencias al comparar terapias farmacológicas al momento de la evaluación. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes según la presencia o no de anemia. Con respecto al objetivo principal hubo diferencias significativas en cuánto a la presencia de anemia y su relación con actividad de la enfermedad evaluada por calprotectina fecal. También hubo mayor frecuencia de anemia en pacientes con proteína C reactiva alterada y trombocitosis (Ver Figura 1). **Conclusiones:** En nuestro registro de EII, la prevalencia de anemia es baja (14%) y no presenta diferencias significativas con respecto al tipo de EII, su extensión y fenotipo. Sin embargo, se relaciona con actividad bioquímica de la enfermedad y parámetros inflamatorios elevados.



**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínica de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, según anemia.**

	Total N = 265 (%)	Anemia n = 36 (14%)	Sin anemia n = 229 (86%)	Valor p
Género Femenino (n:%)	183 (69)	23 (64)	160 (70)	0,471
Edad (mediana;rango)	41 (16 – 78)	42 (16 – 77)	41 (17 – 78)	0,945
Previsión (n:%)				
Fonasa	171 (65)	31 (86)	140 (61)	0,004
Isapre	94 (35)	5 (14)	89 (39)	
Tipo EII (n:%)				
Colitis Ulcerosa	177 (67)	25 (69)	152 (66)	0,875
Enfermedad de Crohn	87 (33)	11 (31)	76 (33)	
EII no clasificable	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,5)	
Clasificación de Montreal (n:%)				
Extensión CU (n = 177)				0,139
Proctitis	27 (15)	3 (12)	24 (16)	
Izquierda	38 (21)	2 (8)	36 (24)	
Extensa	112 (63)	20 (80)	92 (61)	
Localización EC (n = 74)				0,445
Ileal	12 (16)	3 (30)	9 (14)	
Ileocolónico	18 (24)	2 (20)	16 (25)	
Colónico	44 (59)	5 (50)	39 (61)	
Fenotipo EC (n = 74)				0,164
Inflamatorio	57 (77)	6 (60)	51 (80)	
Estenosante	14 (19)	4 (40)	10 (16)	
Fistulizante	3 (4)	0 (0)	3 (5)	
EC Perianal	20 (27)	1 (10)	19 (29)	0,200
Reservorio (n:%)	11 (13)	1 (9)	10 (13)	0,694
Tiempo de evolución EII (años) (mediana;rango)	4,3 (0 – 39)	2,6 (0 – 27)	4,8 (0 – 39)	0,003
Hospitalización EII último año (n:%)	8 (3)	2 (6)	6 (3)	0,339
Otra manifestación extraintestinal (n:%)	29 (11)	4 (11)	25 (11)	0,972
Tratamiento actual EII (n:%)				
5-ASA	149 (56)	20 (56)	129 (56)	0,930
Inmunomoduladores	68 (26)	10 (28)	58 (25)	0,754
Terapia biológica	122 (46)	13 (36)	109 (48)	0,199
Corticoides	28 (11)	7 (19)	21 (9)	0,062
Sin tratamiento	25 (9)	4 (11)	21 (9)	0,711
Exámenes de laboratorio				
Hemoglobina (g/dL)	13,6 (8,8 - 18,2)	11 (8,8 - 12,9)	13,7 (12 - 18)	< 0,001
Leucocitos (/ul)	6900 (1290 - 19170)	6675 (1290 - 12730)	6910 (2370 - 19170)	0,779
Plaquetas (/ul <sup>3</sup> )	290 (30 - 743)	374(30 - 743)	283 (74 - 511)	< 0,001
Calprotectina fecal (ug/g)	79 (1,9 - 3000)	230 (12 - 2230)	67,4 (1,9 - 3000)	0,001





# #30 - EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO LOCAL PARA EL MANEJO DE DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS DE LA ARAUCANÍA SUR: PERSPECTIVA DESDE EL CONSENSO CHILENO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-030>

Nayely García Méndez<sup>1</sup>, Daniel Alejandro Koh<sup>1</sup>, María Fernanda García Aguilera<sup>1</sup>, Carlos Manterola<sup>1</sup>, Edgardo Alvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de la Frontera.

**Introducción:** *Clostridium difficile*\* es un bacilo Gram positivo anaerobio que causa desde diarrea leve hasta colitis pseudomembranosa fulminante. La bacteria produce toxinas A y B que desencadenan inflamación colónica, resultando en diarrea. La diarrea asociada a *C. difficile* (DACD) es la principal causa de diarrea nosocomial asociada al uso de antibióticos y constituye un problema de salud pública. Su capacidad para formar esporas resistentes facilita su transmisión intrahospitalaria y la recurrencia de la infección. En Chile, aunque la información epidemiológica es limitada, se ha observado un aumento en la incidencia y gravedad de la DACD, subrayando la necesidad de protocolos estandarizados. Este estudio analiza el Protocolo Local implementado en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Intercultural de Nueva Imperial, en comparación con las recomendaciones del Consenso Chileno de 2016. Metodología: El análisis del Protocolo Local (S et al., 2021) incluyó su origen, las fuentes de información empleadas y la participación de expertos en control de infecciones. Se evaluaron tres aspectos clave:

- 1 **Definición y Criterios Diagnósticos:** El protocolo define la DACD basándose en la presencia de diarrea y la detección de toxinas A y/o B o PCR, descartando otras causas. Se revisó la precisión de los criterios diagnósticos y se destacó la importancia de una toma adecuada de muestras y su procesamiento oportuno.
- 2 **Estrategias de Prevención y Control:** El protocolo incluye medidas como precauciones de contacto, higiene de manos con agua y jabón, desinfección de superficies y equipos, y un uso racional de antibióticos. Estas estrategias se compararon con guías internacionales, evaluando su coherencia y efectividad en la prevención de la transmisión intrahospitalaria de *C. difficile*.\*.
- 3 **Tratamiento:** Se examinó el enfoque terapéutico del protocolo, que propone el uso de metronidazol o vancomicina según la gravedad del cuadro clínico. Se comparó este enfoque con las recomendaciones del Consenso Chileno de 2016, el cual proporciona un algoritmo terapéutico detallado que considera la severidad del paciente y el manejo de recurrencias, incluyendo terapias antimicrobianas y trasplante de microbiota fecal.

**Conclusiones:** El Protocolo Local del Hospital Intercultural de Nueva Imperial establece un marco sólido para el manejo de la DACD, con una definición clara de caso y medidas preventivas robustas. Sin embargo, la incorporación del algoritmo de tratamiento del Consenso Chileno de 2016, que aborda detalladamente el manejo de recurrencias y ofrece directrices específicas, fortalecería este protocolo. La implementación de estas estrategias, junto con la prevención y control de infecciones, contribuiría a disminuir la incidencia de la DACD, mejorar los resultados clínicos y reducir la carga económica y sanitaria asociada a esta infección en Chile. Además, su difusión e implementación en otros centros hospitalarios podría estandarizar el manejo de esta infección a nivel nacional.



# #31 - MANEJO TERAPÉUTICO DE COLITIS ULCEROSA AGUDA GRAVE DESDE LA INCORPORACIÓN DE INFLIXIMAB A LA LEY RICARTE SOTO, EXPERIENCIA EN HOSPITAL TERCIARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-031>

Carla Elizabeth Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, Camila Andrea Estay Hernández<sup>1</sup>, Nicole Tamara Pérez Benites<sup>2</sup>, René Andrés Rojas Brain<sup>1</sup>, Edith Paola Pérez de Arce Oñate<sup>1</sup>, Daniela María Simian Marín<sup>1</sup>, Camila Angélica Maúlen Llanca<sup>1</sup>, Antonella Giovanna Sanguineti Montalva<sup>1</sup>, Mauricio Javier Díaz Beneventi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile.

**Introducción:** La crisis Colitis Ulcerosa Aguda Grave (CUAG) es una emergencia médica que requiere manejo multidisciplinario precoz y adecuado. Un 15% de ellos requiere colectomía. Dentro del protocolo estandarizado de manejo, los corticoides endovenosos son la piedra angular en la inducción de remisión. Un 30-40% de los pacientes son corticorrefractarios al 3er-5to día requiriendo terapia de rescate con Infliximab (IFX), el que se encuentra garantizado a través de la Ley Ricarte Soto desde el año 2019 permitiendo asegurar cobertura y mejorando el acceso a terapia biológica. **Objetivos:** describir el manejo terapéutico y los resultados clínicos asociados (corticorrefractariedad y necesidad de colectomía) en pacientes con CUAG. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva utilizando registro con fines de investigación de Enfermedades Inflamatorias Intestinales en plataforma RedCap®. Se incluyeron todos aquellos pacientes mayores de 15 años, hospitalizados y manejados como CUAG en Hospital Clínico Universidad de Chile, durante el período junio 2019 a marzo 2024. Se definió corticorrefractariedad a la ausencia de respuesta clínica y/o de laboratorio al tercer día de tratamiento esteroideal. Se realizó un análisis comparativo de las variables sociodemográficas, clínicas y de manejo de la crisis entre pacientes con y sin desenlace a colectomía durante la hospitalización. Se utilizó test de chi2 para las variables cualitativas y Wilcoxon para las variables cuantitativas. Se consideró un  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. **Resultados:** En el período mencionado hubo 48 hospitalizaciones por CUAG en 43 pacientes; 56% mujeres, mediana de edad 29 años. Un paciente fue directamente colectomía de urgencia, en el resto de los pacientes se iniciaron corticoides endovenoso donde un 74% fue corticorrefractario. De ellos, en 33 pacientes (94%) se inició terapia de segunda línea con infliximab con una mediana de tiempo de 6 (0-14) días. Hubo un 88% de respuesta clínica a infliximab. En 7 (13%) pacientes se realizó colectomía con una mediana de 11 días (3-29) entre el ingreso y la cirugía. Hubo 11 (23%) pacientes que debutaron con CUAG, de ellos 7 pacientes fueron corticorrefractarios y sólo uno requirió colectomía. En la tabla 1 se comparan las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con y sin colectomía, no hubo diferencias con respecto a factores habituales de mal pronóstico como: valor de hemoglobina, Proteína C reactiva, albúmina, calprotectina fecal, mayo endoscópico e infección por Citomegalovirus y Clostridioides difficile. Con respecto a efectos adversos asociados a fármacos 14 (29%) pacientes presentaron hiperglicemia asociada a corticoides y 5 (15%) a infliximab sin que requirieran suspensión de terapia. **Conclusiones:** En nuestro medio, la prevalencia de corticorrefractariedad es alta y esto puede estar influenciado por exposición previa a anti TNF alfa y/o corticoides, como también a ser un centro de referencia. La ley Ricarte Soto ha permitido un acceso oportuno a infliximab logrando un 88% de efectividad, sin embargo, esto no ha modificado la necesidad de colectomía que se mantiene en un 13%.



**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los episodios de crisis graves incluidos en el estudio según evolución o no a colectomía**

	Total N = 48	Colectomía N = 7 (13%)	Sin colectomía N = 41 (87%)	Valor p
Género Femenino (n; %)	27 (56)	5 (71)	22 (54)	0,445
Edad (mediana; rango)	29 (16 – 78)	27 (21 – 53)	30 (16 – 78)	0,305
Previsión (n; %)				
Fonasa	28 (65)	1 (17)	27 (73)	<b>0,005</b>
Isapre	14 (33)	4 (67)	10 (27)	
Tiempo de evolución EII (años) (mediana; rango)	2 (0 – 12)	8 (1 – 12)	2 (0 – 11)	0,053
Debut de Colitis Ulcerosa (n; %)	11 (23)	1 (14)	10 (24)	1,000
Tratamiento actual EII (n; %)				
5-ASA	24 (67)	2 (50)	22 (69)	0,588
Azatioprina	9 (24)	0 (0)	9 (28)	0,544
Corticoides	19 (40)	3 (43)	16 (39)	1,000
Terapia biológica	17 (35)	3 (43)	14 (34)	0,686
Exámenes de laboratorio (mediana; rango)				
Hemoglobina	11,4 (5,3 – 16)	11 (7,7 – 13,2)	11,6 (5,3 – 16)	0,299
Albúmina	3,3 (2 – 4,9)	3,1 (2,3 – 3,8)	3,4 (2 – 4,9)	0,155
PCR	43,8 (5 – 287)	48 (23,8 – 152)	42,7 (5 – 287)	0,907
Calprotectina fecal (n = 32)	1305 (200 – 5440)	1762 (886 – 2100)	1285 (200 – 5440)	0,278
Corticorefractariedad (n; %)	35 (74)	6 (100)	29 (71)	0,151
Mayo endoscópico (n = 35)				
≤ 2	11 (31)	1 (17)	10 (35)	0,371
3	24 (69)	5 (83)	19 (65)	
Clostridium Difficile (n; %)	4 (9)	0 (0)	4 (10)	1,000
CMV (n = 37) (*09n; %)	4 (11)	0 (0)	4 (13)	1,000
Ley de urgencia (n; %)	2 (4)	1 (14)	1 (2)	0,273
Equipo tratante Gastro (n; %)	39 (81)	4 (57)	35 (85)	0,111
Dosis de corticoides endovenosos (n; %)				
100 mg	1 (2)	1 (17)	0 (0)	0,058
150 mg	10 (22)	2 (33)	8 (21)	
300 mg	34 (76)	3 (50)	31 (79)	
Tiempo entre ingreso y corticoides (días) (mediana; rango)	1 (0 – 4)	0,5 (0 – 4)	1 (0 – 3)	0,891
Dosis de Infliximab (n = 33) (n; %)				
5 mg/kg	7 (21)	0 (0)	7 (24)	0,365
10 mg/kg	26 (79)	4 (100)	22 (76)	

## #32 - EFECTO DEL USO DE LAXANTES EN EL TEST DE AIRE ESPIRADO CON LACTULOSA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-032>

Rodrigo Carvajal Trujillo<sup>1</sup>, Ana María Madrid Silva<sup>1</sup>, Natalia Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Poco se sabe de los cambios en la microbiota inducidos por los laxantes, con datos principalmente en el marco de la preparación para colonoscopia, en la que se administra dosis altas de laxantes para lograr la limpieza adecuada del colon. En este escenario hay evidencia de disbiosis transitoria que usualmente se corrige espontáneamente después del mes. Sin embargo, no hay información de los cambios en la microbiota con el uso habitual o esporádico de los distintos tipos de laxantes en dosis menores. Actualmente se recomienda la suspensión de laxantes entre 2 y 30 días antes de realizar un test de H<sub>2</sub> en aire espirado con lactulosa (TAE). **Objetivo:** Evaluar el efecto del uso de laxantes en la producción de H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub>, presencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI), presencias de arqueas en intestino delgado (IMO) y tiempo de tránsito oro cecal (TTOC) medidos a través del test de H<sub>2</sub> en aire espirado con lactulosa (TAE) respecto de una población que se realiza el examen en el mismo tiempo y que no usa laxantes. **Metodología:** Estudio transversal de reclutamiento prospectivo. Se incluyeron 215 pacientes mayores de 18 años sin patologías orgánicas que alteren el tránsito intestinal entre julio/2023 y mayo/2024. Usuarios de laxantes 108 y sin uso de laxantes 107, edad promedio 58 (19-86) y 57(19-85) respectivamente y 92% mujeres en ambos grupos, todos sometidos a un test de H<sub>2</sub> con lactulosa, según protocolo estándar, se midió la producción de H<sub>2</sub> Y CH<sub>4</sub>, la presencia de SBI y el TTOC. A los usuarios de laxantes se les encuestó por tipo de laxante, frecuencia y tiempo de uso. Todos firmaron un consentimiento informado. Para variables cualitativas se utilizó chi<sup>2</sup> y para cuantitativas se usó Wilcoxon y Kruskal Wallis. **Resultados:** La producción de H<sub>2</sub> fue en el 100% de ambos grupos, la de CH<sub>4</sub> fue de 51% en pacientes usuarios de laxantes y 45% en el grupo no usuario sin diferencias significativas. Tampoco hubo diferencias en la presencia de SBI: 48 y 40 % respectivamente; ni en IMO con un 12 y 11 % respectivamente. El TTOC fue de 80 (60- 230) minutos para uso de laxante y 80 (50-190) minutos sin uso. De los pacientes que usaron laxantes 50 (46%) usó Polietilenglicol 3350 y 58 (56%) otros como Sen, Picosulfato de sodio, Lactulosa, psyllium, sin diferencias en el TTOC, SBI y IMO entre ambos grupos. Tampoco hubo diferencias de acuerdo al tiempo de uso de estos. **Conclusión:** Los laxantes de uso diario no afectan la producción de H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub>, la presencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal ni de IMO, como tampoco afectan el TTOC en la realización de estudios en aire espirado con lactulosa. Por lo tanto, se propone no suspenderlos antes de realizar estos estudios.



Tabla 1. Comparación de variables según uso de laxante

N = 215	Uso laxante N = 108 (50%)	Sin laxante N = 107 (50%)	Valor p
Sexo femenino	99 (92)	99 (92)	0,815
Edad	58 (19 – 86)	57 (19 – 85)	0,892
TTOC (n = 159)	80 (60 – 230)	80 (50 – 190)	0,006
SBI			
No	32 (30)	41 (38)	0,573
H2	52 (48)	43 (40)	
CH4	13 (12)	12 (11)	
H2 + CH4	11 (10)	11 (10)	
Producción CH4	55 (51)	48 (45)	0,373

Tabla 2. Comparación de variables según tipo de laxante (PEG vs otros laxantes)

N = 108	PEG N = 50 (46%)	Otros laxantes N = 58 (54%)	Valor p
Sexo femenino	49 (98)	50 (86)	0,027
Edad	58 (21 – 86)	57 (19 – 85)	0,865
TTOC (n = 73)	90 (60 – 170)	80 (60 – 230)	0,610
SBI			
No	17 (34)	15 (26)	0,360
H2	20 (40)	32 (55)	
CH4	6 (12)	7 (12)	
H2 + CH4	7 (14)	4 (7)	
Producción CH4	28 (56)	27 (47)	0,327

## #33 - EL IMPACTO PARADÓJICO DE LA ASCENDENCIA AMERINDIA EN LOS FENOTIPOS CLÍNICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN Y LA COLITIS ULCEROSA: UN ESTUDIO EN UNA POBLACIÓN SUDAMERICANA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-033>

Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Danilo Alvares<sup>2</sup>, Maria Leonor Bustamante<sup>3</sup>, Gabriel Ascui<sup>4</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>5</sup>, Ricardo Estela<sup>6</sup>, Roberto Segovia<sup>5</sup>, Roberto Candia<sup>5</sup>, Carolina Pavez<sup>5</sup>, Cristian Hernández-Rocha<sup>5</sup>, Nataly Aguilar<sup>5</sup>, Lorena Azocar<sup>5</sup>, Mauricio González<sup>6</sup>, Elizabeth Arriagada<sup>6</sup>, Veronica Silva<sup>6</sup>, Andrés De la Vega<sup>6</sup>, Colomba Cofre<sup>5</sup>, Juan-Francisco Miquel<sup>5</sup>, Alex Di Genova<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica/Instituto Chileno Japonés, <sup>2</sup>University of Cambridge, <sup>3</sup>Universidad de Chile, <sup>4</sup>La Jolla Institute for Immunology, <sup>5</sup>Pontificia Universidad Católica, <sup>6</sup>Instituto Chileno Japonés, <sup>7</sup>Universidad de O'Higgins.

**Antecedentes.** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está en aumento en América del Sur, pero esta población sigue estando subrepresentada en los estudios genéticos de la EII. Además, la estructura genética varía entre los países Sudamericanos, lo que destaca la necesidad de estudios que evalúen la estructura genética y su asociación con los fenotipos de la EII. **Objetivo.** Realizamos un estudio para examinar la correlación entre la ascendencia amerindia y los fenotipos de la EII dentro de una cohorte sudamericana. Además, investigamos la asociación entre las variantes de riesgo de la EII previamente identificadas y los fenotipos de la EII. **Métodos.** Realizamos un análisis de ascendencia global utilizando ADMIXTURE. Empleamos un panel de referencia de poblaciones obtenido del Proyecto 1000 Genomas y HapMap para nuestros análisis. Evaluamos la estructura ancestral en 291 pacientes con EII y 51 controles, con el objetivo de examinar la asociación entre la ascendencia amerindia (AMR) y las variables de la EII. Además, evaluamos el impacto de las variantes de riesgo de la EII previamente identificadas en los resultados clínicos de la EII. Para comparar los diferentes grupos, utilizamos pruebas estadísticas (Chi-cuadrado para frecuencia y prueba U de Mann-Whitney para comparaciones de medianas). Se desarrollaron modelos de predicción para analizar los datos de manera más detallada. **Resultados.** La distribución mediana de la ascendencia fue 58% europea, 39% amerindia y 2% africana. No hubo diferencias significativas en el riesgo de la EII basado en la proporción de ascendencia entre los casos y los controles. Los pacientes con colitis ulcerosa (CU) diagnosticados antes de los 40 años tenían una proporción mediana de ascendencia amerindia más alta en comparación con aquellos diagnosticados más tarde (39.9% versus 37.4%, valor de  $P = 0.01$ ). Por el contrario, los pacientes con CU con remisión clínica y endoscópica prolongada tenían una proporción mediana de ascendencia amerindia más baja (35% versus 39%, valor de  $P = 0.02$ ). En el grupo de enfermedad de Crohn (EC), la proporción mediana de ascendencia amerindia fue más baja en el grupo con enfermedad perianal en comparación con el grupo sin esta condición (33.5% versus 39.5%, valor de  $P = 0.03$ ). Además, solo el 6% de los pacientes sometidos a cirugía de resección tenían una proporción más alta de ascendencia amerindia. La presencia de al menos un resultado asociado con un curso grave de la enfermedad fue la característica más importante para predecir la remisión prolongada, con una importancia del 85% en el árbol de decisión y del 75% en el modelo de Random Forest. **Conclusión.** Nuestro estudio sugiere un impacto de la ascendencia amerindia en los fenotipos de la EII. Además, se observaron variaciones en la influencia de la ascendencia amerindia en los pacientes con CU y EC. Se necesita una investigación adicional para desentrañar los mecanismos subyacentes que impulsan estas asociaciones.



Tabla No 1

Asociación de mediana de ancestría Amerindia y fenotipo perianal en Enfermedad de Crohn

	N=75	Grupo Si*	Grupo No	U de Mann-Whitney
Variable	Si/No	Mediana(Max-Min)	Mediana(Max-Min)	P Value
Enfermedad Perianal*	32(43%)/43(57%)	0.34(0.53-00001)	0.395(0.68-0.18)	0.03

Tabla No 2

Asociación de mediana de ancestría Amerindia y fenotipos de Colitis Ulcerosa

	N=216	Grupo Si*	Grupo No*	Chi Cuadrado
Variable	Si/No	Mediana(Max-Min)	Mediana(Max-Min)	P Value
Diagnostico antes de los 40 años*	122(56%)/94(44%)	0.40 (0.68-0.15)	0.37(0.57-0.15)	0.016
Reactivación EII Durante infección COVID19*	13(6%)/203(94%)	0.43(0.52-0.32)	0.39(0.68-0.15)	0.06
Remisión Clínica& Endoscópica prolongada* ±	28(13%)/188(87%)	0.35(0.49-0.17)	0.39(0.68-0.15)	0.02

± La remisión clínica se definió como un índice de Harvey-Bradshaw menor de 5 para CD y como una puntuación total de Mayo menor de 3 para UC. La remisión endoscópica se clasificó como un SES-CD menor de 3 para CD y como una puntuación de Mayo endoscópica de 0 para UC. La remisión histológica se definió por la ausencia de erosión, ulceración, daño epitelial y neutrófilos. Los autores definieron la remisión clínica y endoscópica prolongada como remisión clínica y endoscópica durante los últimos cinco años y recaídas frecuentes de más de un brote por año durante los cinco años anteriores, respectivamente.



# #34 - LABOR DE LA ENFERMERA EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-034>

Ana Rosa Vásquez Cavalieri<sup>1</sup>, Rene Rojas Brain<sup>1</sup>, Paula Calderón Droggett<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica INDISA.

**Introducción:** Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) tienen un curso crónico, caracterizado por periodos de actividad y remisión, y presentan una gran variabilidad interindividual en su evolución, lo que hace necesario un manejo personalizado. Además, la incorporación de terapias avanzadas en los tratamientos y la necesidad de un manejo integral ha hecho indispensable la formación de equipos multidisciplinarios. Existe evidencia que respalda el rol fundamental de una enfermera especializada en EII dentro de estos equipos. En 2023, Clínica Indisa conformó su equipo de EII, en asociación con su aprobación como centro prestador para el manejo de pacientes beneficiarios de la Ley Ricarte Soto en terapia biológica, incorporando una enfermera con 15 horas semanales dedicadas exclusivamente a esta patología. **Objetivos:** Describir la labor de la enfermera en el manejo de pacientes recibiendo terapias biológicas, así como su rol dentro del equipo multidisciplinario en un centro de atención terciaria en salud. **Método:** Estudio observacional descriptivo realizado entre enero y julio de 2024, basado en el registro de todas las atenciones proporcionadas por la enfermera del equipo. Se incluyeron y cuantificaron todas las atenciones presenciales o no presenciales, evaluaciones, educación, reuniones clínicas, actividades formativas y entrega de medicamentos entre otros. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron al programa para inducción de la remisión con terapias biológicas en el servicio. **Resultados:** En el periodo mencionado se controlaron 67 usuarios de terapias biológicas: El 96% beneficiarios de la Ley Ricarte Soto y tres fuera de esta. De estos, 28 pacientes correspondían a enfermedad de crohn (41,8%) y 39 a colitis ulcerosa (58,2%), con una mediana de edad de 38 años (16 - 80). Un total de 23 pacientes recibieron terapia endovenosa con Infliximab, el resto subcutáneo, siendo 30 con Adalimumab, 11 con Golimumab y 3 con Ustekinumab. Durante el periodo de seguimiento, se realizaron 1.830 atenciones, de las cuales 1.315 fueron contactos directos con un promedio de 19,6 atenciones por paciente. El 88,4% de estas fueron vía correo o mensajería, y 153 correspondientes al 11,6% fueron presenciales, dentro de las cuales se incluyeron entrevistas previas al inicio de la terapia, visitas a pacientes hospitalizados, educación de la administración de fármacos subcutáneos y entrega periódica de los mismos. Otras funciones incluyeron: registro de pacientes, planificación mensual, coordinación con farmacia para la entrega de medicamentos, organización de consultas médicas e interconsultas según prioridades, solicitud y revisión de exámenes, gestión de vacunas y coordinación con el servicio de hospitalización ambulatoria. Además, de participación en una reunión mensual del servicio, cinco jornadas de capacitación y participación en tres proyectos de investigación clínica durante el periodo. **Conclusión:** La incorporación de una enfermera al equipo de EII juega un rol fundamental en el seguimiento y manejo óptimo de estos pacientes. Este estudio cuantifica la labor de esta y apoya la necesidad de contar con una enfermera especializada con tiempo exclusivo y suficiente que permitan evaluaciones periódicas de todos los pacientes con EII.

**Tabla 1. Actividades de la enfermera en programa EII Clínica Indisa**

VARIABLES	2024							Totales
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	
<b>Atención directa de la Enfermera al paciente:</b>								
Entrevista de postulación a terapia biológica (ambulatorio y hospitalizado)	3	3	3	5	4	7	2	27
Inducción medicamento biológico subcutáneo	2	0	2	1	3	1	1	10
Entrega periódica de medicamento subcutáneo	16	15	12	21	17	29	6	116
Entrega de información y contacto via mail o mensajería	94	110	157	210	168	191	206	1162
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>128</b>	<b>174</b>	<b>237</b>	<b>192</b>	<b>228</b>	<b>215</b>	<b>1315</b>
<b>Registros Generales</b>								
Ingreso de datos a planilla de pacientes	1	2	3	6	3	3	8	26
Planificación mensual	4	4	4	4	4	4	4	28
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>54</b>
<b>Contacto y Coordinación con el equipo multidisciplinario y otros Servicios:</b>								
Coordinación y resolución de dudas con Médico Tratante	19	29	37	46	22	42	39	234
Coordinación para el control con Dermatólogo	0	0	0	0	3	4	1	8
Coordinación para el control con Cirujano/Coloproctólogo	2	1	2	0	0	0	2	7
Coordinación con Vacunatorio.	2	0	2	6	2	2	4	18
Coordinación de consultas y procedimientos	1	0	5	4	8	3	2	23
Coordinación para la administración de IFX en Servicio de Hospitalización Abreviada.	6	6	9	12	6	9	6	54
Coordinación para Enfermera Gestora para traslados e ingresos a la LRS.	2	1	13	14	5	7	2	44
Coordinación con Farmacia para la entrega de medicamentos	5	8	9	9	13	8	9	61
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>77</b>	<b>91</b>	<b>59</b>	<b>75</b>	<b>65</b>	<b>449</b>
<b>Participación de la Enfermera en actividades del programa de EII:</b>								
Reuniones Clínicas	0	0	1	1	1	1	0	4
Cursos de actualización y/o capacitación.	0	0	1	1	1	1	1	5
Colaboración en estudios científicos	0	0	0	0	1	1	1	3
<b>TOTAL</b>								<b>12</b>
<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>								<b>1830</b>

## #35 - CARACTERIZACIÓN SEGÚN GRUPOS RELACIONADOS AL DIAGNÓSTICO (GRD) DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL HOSPITALIZADOS POR COVID-19 DURANTE LA PANDEMIA EN HOSPITALES PUBLICOS EN CHILE

congastro2024-035

Carolina Figueroa Corona<sup>1</sup>, Jaime Lubascher Correa<sup>1</sup>, Constanza López Vila<sup>2</sup>, José Contreras Biekert<sup>3</sup>, Camila Estay Hernández<sup>4</sup>, Alison Soto Labrin<sup>1</sup><sup>1</sup>Clínica MEDS, <sup>2</sup>Clínica MEDS, Hospital San Juan de Dios, <sup>3</sup>Consultor, <sup>4</sup>Clínica MEDS, Hospital Clínico Universidad de Chile.

La pandemia de COVID-19 determinó necesidad de hospitalización en algunos casos. Los pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) también se vieron afectados, sin embargo, la evidencia señala que este grupo no tuvo mayor riesgo de enfermedad severa o muerte. En Chile existe, desde el año 2009, el sistema de registro de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) que permite tener una estadística de egresos hospitalarios y clasificarlos por severidad y riesgo de mortalidad según sus características clínicas y procedimientos realizados. La categoría 0, significa procedimientos ambulatorios y las categorías 1, 2 y 3 señalan mayores niveles de severidad. También se calcula el "peso relativo GRD" (peso GRD), que se relaciona con los costos de la hospitalización. Un peso GRD de 1, significa un gasto de recursos promedio de un hospital. Objetivo: Describir las características de los egresos hospitalarios de hospitales públicos de casos de COVID-19 y con EII entre los años 2019 y 2022. Comparar el peso GRD de los casos de hospitalizaciones por COVID-19 en Chile con los casos de COVID-19 con diagnóstico de EII, en el mismo período, en los mismos centros. Método: Estudio transversal con datos de egresos hospitalarios, entre los años 2019 y 2022, con diagnóstico de COVID-19, y por otro lado, pacientes con diagnóstico de COVID-19 y EII obtenidos en datos abiertos de FONASA. Se utilizaron los códigos K50 para identificar los casos con Enfermedad de Crohn (EC) y K51 para Colitis Ulcerosa (CU). Se aplicó Test T de Student para comparar. Resultados: Hubo 101.359 casos de egresos por COVID-19 en 64 Hospitales de Chile. De estos, 300 corresponden a casos que tenían diagnóstico de EII, lo que representa el 0,29% de los egresos por COVID-19. Doscientos seis casos tenían CU y 90 EC. Hubo 4 casos clasificados por GRD como EC (K50) y CU(K51) a la vez. Se describen sus características demográficas en Tabla. 1 su clasificación de severidad, riesgo de mortalidad y estadía hospitalaria se muestran en Tabla 2. Ningún caso ingresó por COVID-19 en el año 2019. 77 lo hicieron en 2020, 108 en 2021 y 115 en 2022. Se describen 58 casos que requirieron ventilación mecánica no invasiva (19,3%) y 62 casos con ventilación mecánica invasiva (20,6%). La media del peso GRD de los egresos generales de casos por COVID-19 fue de 2,84. Para los casos de COVID-19 y EII la media fue de 2,45. Esta diferencia fue significativa. (p:0.011). CONCLUSIONES: La pandemia de COVID-19 representó un desafío sanitario global. La mayoría de los pacientes con EII, que requirieron hospitalización por COVID-19 tenían más de 60 años y la mayoría de los casos fueron clasificados con severidad mayor. La mayoría también, fueron clasificados con el riesgo mayor de mortalidad según GRD. Sin embargo, el costo de un paciente con EII y COVID-19 fue menor que el costo de hospitalización de la media de casos por COVID-19 en Chile en el período estudiado.

TABLA 1: Características demográficas de los casos COVID-19 y EII, hospitalizados, 2019-2022

	CU n (%) K51	EC n (%) K50	CU+EC n (%) K50+K51
Mujeres	119 (58)	40 (44)	2 (50)
<18 Años	14 (7)	0 (0)	0 (0)
18-40	40 (19)	16 (18)	1 (25)
41-60	65 (32)	32 (36)	3 (75)
>60	87 (42)	42 (47)	0 (0)



TABLA 2: Clasificación de severidad, mortalidad y estadía en pacientes hospitalizados COVID y EII, 2019-2022

	Clasificación	n (%) pacientes con EII
SEVERIDAD	0	0 (0)
	1	2 (0,7)
	2	4 (1,3)
	3	294 (98)
MORTALIDAD	0	0 (0)
	1	4 (1)
	2	139 (46)
	3	157 (52)
ESTADIA (NOCHES)	Ambulatoria	5 (2)
	1-3	32 (11)
	4-14	115 (38)
	15-30	82 (27)
	>30	66 (22)



## #36 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CHILE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SEGÚN GRUPOS RELACIONADOS AL DIAGNÓSTICO (GRD) ENTRE 2019 Y 2022

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-036>

Carolina Figueroa Corona<sup>1</sup>, Constanza López Vila<sup>2</sup>, Jaime Lubascher Correa<sup>1</sup>, José Contreras Biekert<sup>3</sup>, Camila Estay Hernández<sup>4</sup>, Alison Soto Labrin<sup>1</sup>

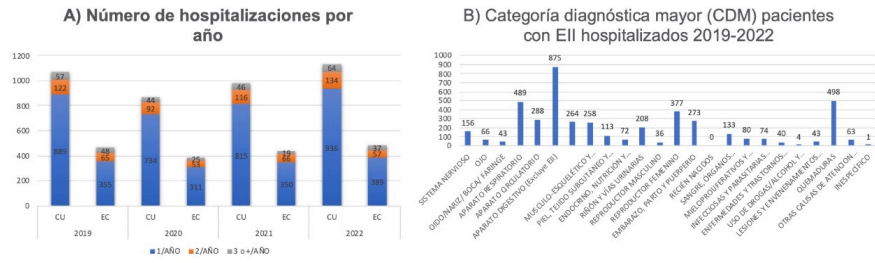
<sup>1</sup>Clínica MEDS, <sup>2</sup>Clínica MEDS, Hospital San Juan de Dios, <sup>3</sup>Consultor, <sup>4</sup>Clínica MEDS, Hospital Clínico Universidad de Chile.

La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye patologías crónicas que afectan la calidad de vida de los pacientes. Si bien en Chile se ha descrito un aumento de EII en los últimos años no contamos con datos que permitan conocer la real incidencia y prevalencia de la EII. En Chile existe, desde el 2009, el sistema de registro de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) que permite tener una estadística de egresos hospitalarios y clasificarlos por severidad y riesgo de mortalidad según sus características clínicas, y procedimientos realizados. La categoría 0, significa procedimientos ambulatorios y las categorías 1, 2 y 3 señalan mayores niveles de severidad. Lo mismo sucede con la clasificación de riesgo de mortalidad. También se calcula el "peso relativo GRD", que se relaciona con los costos de hospitalización. Un peso GRD de 1, significa que el paciente tiene un gasto de recursos promedio de un hospital. **Objetivo:** Describir las características de los casos con EII, asociados a los egresos de hospitales públicos entre los años 2019 y 2022. **Método:** Estudio transversal con datos de egresos de pacientes con EII, obtenidos en datos abiertos de FONASA, disponibles desde el año 2019. **Resultados:** En el período señalado hubo 7735 egresos de pacientes con diagnóstico de EII, en 64 hospitales públicos, 2434 con Enfermedad de Crohn (EC) y 5301 con Colitis Ulcerosa (CU). El 65,7% fueron ingresos por Urgencia. El sexo, edad, clasificación de severidad, riesgo de mortalidad y estadía se muestran en la Tabla 1. Los 7735 egresos corresponden a 5815 pacientes con una tasa de 1,25 egresos por paciente en el período estudiado. La Figura 1 (A) muestra sus diagnósticos y número de hospitalizaciones por año. Hubo 302 casos de infección por *Clostridium difficile* en este grupo (3,9%) y 112 casos con diagnóstico de cáncer colorrectal (1,44%). Según clasificación GRD, hubo 3276 casos con EII como diagnóstico principal de egreso, incluyendo 2173 CU y 1016 EC que incluyen 176 casos con enfermedad perianal. Corresponde al 42,3% del total. Los 4454 casos restantes se resumen en Figura 1 (B), con sus categorías diagnósticas mayor (CDM) según GRD. En el período estudiado, en los egresos por EII se realizaron 1197 endoscopías digestivas bajas, 251 cirugías de intestino o colorrectales, 272 intervenciones perianales y 1211 TAC de abdomen. Hubo 265 infusiones de anticuerpos monoclonales. La tasa de egresos por año fue de 1,25 en 2019, 1,19 en 2020, 1,209 en 2021 y 1,23 en 2022. El peso GRD promedio fue de 0.84 para CU y de 0.95 para EC. El promedio de peso GRD más alto fue descrito para el grupo de Categoría Diagnóstica Mayor 4, correspondiente a Desórdenes y enfermedades del sistema respiratorio (3,28). **Conclusiones:** Existe un número importante de pacientes con EII que han requerido hospitalizaciones en el período. La mayoría, han ingresado por Urgencia y tienen entre 4 a 14 noches de estadía. Aproximadamente el 70% de ellos tiene una clasificación de severidad moderada a mayor y se realizan un número considerable de procedimientos y cirugías.

	CU n(%)	EC n(%)
Mujeres	3314 (71,8)	1296 (53,2)
<18 Años	589 (11)	161 (6,6)
18-40	1962 (37)	697 (28,6)
41-60	1450 (27,3)	770 (31,6)
>60	1300 (24,5)	806 (33,1)
	Clasificación GRD	n (%) pacientes con EII
	0	431 (5,58)
SEVERIDAD	1	3054 (39,4)
	2	2316 (29,95)
	3	1933 (29,9)
	0	432 (5,58)
MORTALIDAD	1	4521 (58,4)
	2	1556 (20,11)
	3	1226 (15,85)
	Ambulatoria	1044 (13,4)
	1-3	2001 (25,8)
ESTADIA (NOCHES)	1-14	3277 (42,3)
	15-30	946 (12,2)
	>30	467 (6,0)



Figura 1



# #37 - ADHERENCIA DE LOS GASTROENTEROLOGOS A LAS PAUTAS ESTABLECIDAS EN CONSENSO STRIDE II Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A LAS INDICACIONES

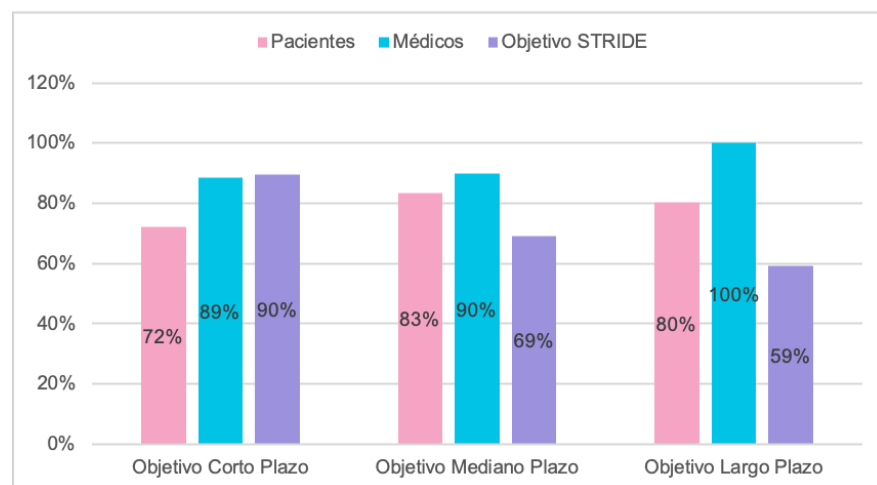
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-037>

Francisca Carvajal González<sup>1</sup>, Karín Herrera Carrasco<sup>1</sup>, Paulina Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Lilian Flores Pérez<sup>1</sup>, Andrea Córdova Torche<sup>1</sup>, Gonzalo Pizarro Jofre<sup>1</sup>, Pamela San Martín Peñailillo<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes.

**Introducción:** En la enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), el tratamiento por objetivos plantea que los pacientes logren la remisión clínica (RC), remisión de biomarcadores (proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CF)) y remisión endoscópica (RE) en tiempos definidos. Una monitorización estrecha con un reconocimiento precoz de la actividad inflamatoria y una rápida intervención terapéutica permitirá mejorar la morbimortalidad de estos pacientes. **Objetivos:** Evaluar el grado cumplimiento de los objetivos STRIDE II, y de adherencia de los gastroenterólogos y de los pacientes a las indicaciones del Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Clínica Universidad de los Andes. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo en los que se incluyó pacientes del programa de EII que presentaron un brote inflamatorio demostrado por estudio endoscópico. Se evaluó las indicaciones médicas y la adherencia de los pacientes acorde a lo sugerido en el consenso STRIDE-II. Se definió como Objetivo a Corto Plazo (OCP) a la RC a los 3 meses, Objetivo a Mediano Plazo (OMP) a la remisión de CF (< 100 µg/g) a los 4-6 meses, y Objetivo a Largo Plazo (OLP) a la RE entre el 4-9 mes de iniciado el cambio en la terapia médica. El equipo predefinió como adecuada adherencia aquella superior al 90% para médicos y pacientes. Las variables se presentan mediante frecuencia relativa porcentual (SPSS v.29). **Resultados:** Se evaluaron 104 pacientes predominando el sexo femenino en 64%, con mediana de edad de 41 años (29-52). El 81% presentan EC, con fenotipo inflamatorio en un 87% y con compromiso colónico el 39%. El 19% corresponde a CU, con compromiso izquierdo en el 50%. En la evaluación del OCP, el 72% de los pacientes alcanzo la RS, con una adherencia de los gastroenterólogos del 89% y un cumplimiento de los pacientes de un 90%. En el OMP, el 83% de los pacientes logro la remisión con CF, con una adherencia médica del 90% y un cumplimiento de los pacientes de un 69%. Finalmente, en el OLP, el 59% de los pacientes alcanzo la RE, con una adherencia médica del 100% y un cumplimiento de los pacientes de un 80% (figura). Al término de un año de seguimiento desde el brote, 79 pacientes cuentan con una colonoscopia, logrando remisión endoscópica en un 56%. **Conclusión:** Esta cohorte muestra una adecuada adherencia de los gastroenterólogos a las pautas establecidas en el STRIDE-II, con un menor cumplimiento por parte de los pacientes al control con biomarcadores y de colonoscopia, logrando la curación de la mucosa en más de la mitad de los casos en un año de seguimiento. Estos resultados nos permiten evaluar áreas susceptibles de mejorar con un enfoque personalizado e involucrando al paciente activamente en su monitorización y tratamiento.

Figura: Niveles de Cumplimiento de Objetivos del Consenso STRIDE-II



## #38 - INHIBIDORES JANUS KINASAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL DE UN CENTRO UNIVERSITARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-038>

Francisca Carvajal González<sup>1</sup>, Paulina Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Andrea Córdova Torche<sup>1</sup>, Gonzalo Pizarro Jofre<sup>1</sup>, Lilian Flores Pérez<sup>1</sup>, Pamela San Martín Pañailillo<sup>1</sup>, Karín Herrera Carrasco<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes.

**Introducción:** El arsenal terapéutico para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha expandido en los últimos años, enfocándose principalmente en el manejo de brotes moderados a graves, incorporando moléculas pequeñas, como los inhibidores de JAK kinasas (iJAK); siendo tofacitinib el primer iJAK aprobado para el manejo de la colitis ulcerosa (CU), y posteriormente upadacitinib, selectivo para JAK1, aprobado para CU y enfermedad de Crohn (EC). Ambos fármacos se han consolidado como opciones terapéuticas en caso de falla o intolerancia a terapias convencionales o avanzadas. **Objetivo:** Describir los resultados clínicos y de seguridad de la terapia con iJAK en pacientes con EII en control en el programa de EII en Clínica Universidad de los Andes. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EII (CU o EC) que iniciaron terapia con iJAK y mantienen seguimiento en el programa de EII. Las variables se expresan mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentuales), así como medidas de tendencia central. **Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes tratados con iJAK, cinco con CU y seis con EC. Los pacientes con CU tuvieron una mediana de edad de 32 años (24-49). Cuatro pacientes habían tenido exposición a inmunomoduladores y terapia biológica, siendo el biológico más utilizado infliximab (IFX). Previamente al inicio de tofacitinib, se observó en los 5 pacientes una mediana de índice de mayo parcial (IMp) de 5 (2-7), calprotectina fecal (CF) de 620 µg/g (200-1120) e índice de mayo endoscópico (IME) con mediana de 2 (2-3). Cuatro pacientes completan inducción de 8 semanas, presentando una mediana de IMp 2 (0 - 6), CF 105 µg/gr (46-684) e IME 1 (0 - 3). En dos pacientes se prolonga la inducción a 16 semanas. En una paciente se suspendió el fármaco por evento adverso (varicela) a la semana de inicio, por lo que finalmente cuatro pacientes inician mantenimiento. Los pacientes con EC, presentan una mediana de edad de 29 años (24-49), todos con exposición previa a inmunomoduladores y terapias avanzadas. Previamente al tratamiento, los pacientes presentan una mediana del índice de Harvey Bradshaw (IHB) de 13 (5-18), CF de 412 µg/gr (415-660) y SES- CD 20 (5 -28 ). Todos completan la inducción, presentando una mediana de IHB 6 (0 - 15), CF 120 µg/gr (12,5-150) y un SES- CD 4 (0 - 38). Upadacitinib se suspendió por la presencia de falla de respuesta primaria en dos pacientes. Cuatro pacientes inician fase de mantenimiento. Del total de pacientes tratados con iJAK, cuatro se encuentran en terapia combinada con anti-TNF; dos pacientes con CU con golimumab e IFX, respectivamente y dos pacientes con EC en terapia con adalimumab e infliximab respectivamente. Ninguno de estos pacientes ha presentado efectos adversos. **Conclusión:** Nuestra experiencia indica que los iJAK son una opción para pacientes con EII que han fallado a terapias avanzadas, ya sea en monoterapia o combinada, con un buen perfil de seguridad. Creemos que estos fármacos deberían incluirse en la Ley Ricarte Soto para el manejo de pacientes con EII.



Tabla: Características clínicas pacientes tratados con iJAK

	Total n=11	CU n=5	EC n=6
<b>Edad (años; Me, RIQ)</b>	32 (24 - 49)	32 (27,5 - 52)	29 (24 - 49)
<b>Genero (n; %)</b>			
Femenino	4 (36,4)	3 (60)	1 (16,7)
Masculino	7 (63,6)	2 (40)	5 (83,3)
<b>Comorbilidades (n; %)</b>			
Dislipidemia	1 (9,1)	1 (20)	
Linfoma	1 (9,1)	1 (20)	
TBC latente tratada	1 (9,1)	1 (20)	
<b>Años de enfermedad (Me; RIQ)</b>	3,5 (0,75 - 5,25)	4 (0 - 5,5)	3 (1,5 - 9,5)
<b>Extensión CU (n; %)</b>			
Izquierda	2 (18,2)	2 (40)	
Extensa	3 (27,3)	3 (60)	
<b>Enfermedad de Crohn (n; %)</b>			
Ileocolónica	3 (27,3)		3 (50)
Colónica	3 (27,3)		3 (50)
Compromiso perianal	2 (18,2)		2 (33,3)
<b>Fenotipo EC (n; %)</b>			
Inflamatorio	6 (54,5)		6 (100)
<b>MEIS (n; %)</b>			
Artritis	1 (9,1)	1 (20)	
Colangitis esclerosante primario			1 (16,7)
Pioderma gangrenoso	1 (9,1)		1 (16,7)



Continuación tabla |

	Total n=11	CU n=5	EC n=6
<b>Terapia previa a iIAK (n; %)</b>			
5-aminosalicilatos	10 (90,9)	5 (100)	5 (83,3)
Azatioprina	8 (72,7)	4 (80)	4 (66,7)
Metotrexato	4 (36,4)	0 (0)	4 (66,7)
Infliximab	5 (45,5)	3 (60)	2 (33,3)
Adalimumab	3 (27,3)	-	3 (50)
Golimumab	1 (9,1)	1 (20)	-
Ustekinumab	3 (27,3)	1 (20)	2 (33,3)
iIAK previo	1 (9,1)	-	1 (16,7)
Modulador S1p	1 (9,1)	-	1 (16,7)
>1 anti-TNF			2
<b>Actividad Clínica previo a iIAK (Me; Min-Max)</b>			
Índice Mayo parcial	5 (2 - 7)	5 (2 - 7)	-
Índice de Harvey Bradshaw	13 (5-18)	-	13 (5 - 18)
Calprotectina Fecal (µg/g)	611 (200 - 1120)	620 (200-1120)	415 (412-660)
<b>Colonoscopia previo a iIAK (Me:Min-Max)</b>			
Mayo endoscópico	2 (2 - 3)	2 (2 - 3)	-
SES-CD	20 (5 -28 )	-	20 (5 - 28)
<b>Uso de corticoides concomitante (n; %)</b>			
Budesonida	2 (18,2)	1 (20)	1 (16,7)
Prednisona	4 (36,4)	1 (20)	3 (50)
<b>Uso de TB concomitante (n; %)</b>			
Golimumab	1 (9,1)	1 (20)	-
Adalimumab	1 (9,1)	-	1 (16,7)
Infliximab	1 (9,1)	1 (20)	1 (16,7)
<b>Actividad clínica post inducción (Me:Min-Max)</b>			
Índice Mayo parcial	2 (0 - 4)	2 (0 - 4)	-
Índice de Harvey Bradshaw	6 (1 - 15)	-	6 (0 - 15)
Calprotectina fecal (µg/g)	112,5 (12,5 -684)	105 (46-684)	120 (12,5-150)
<b>Colonoscopia post Inducción (Me:Min-Max)</b>			
Mayo endoscópico	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	-
SES-CD	4 (0- 38)	-	4 (0 - 38)
<b>Suspensión terapia (n; %)</b>			
No respuesta primaria	3 (27,3)	1 (20)	2 (33,3)
Perdida respuesta secundaria			
Efecto adverso	1 (9,1)	1 (20)	0 (0)
Varicela zoster	1 (9,1)	1 (20)	0 (0)
<b>Inician Mantenimiento iIAK (n; %)</b>			
	8 (72,7)	4 (80)	4 (66,7)



## #39 - PERFIL CLÍNICO Y RESULTADOS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN UCI: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-039>

Diego Alberto San Martín Rodríguez<sup>1</sup>, Jorge Andrés Díaz Quiroz<sup>1</sup>, Carlos Roberto Valenzuela Valenzuela<sup>1</sup>, Francisca Catalina Vásquez Pongruber<sup>2</sup>, Catalina Alejandra Retamal Vargas<sup>2</sup>, Valentina Alejandra Duarte Ocampo<sup>2</sup>, Bunio Julián Weissglas Orellana<sup>2</sup>, Paulina Angélica Contreras Pavez<sup>1</sup>, Carolina Delgado Chávez<sup>1</sup>, Gustavo Delgado Vargas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Las Higueras, <sup>2</sup>Universidad de Concepción.

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta (HDA) no variceal es una emergencia común que requiere ingreso hospitalario y se asocia con una alta morbimortalidad. Los pacientes que revisten una mayor gravedad son ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con necesidad de control endoscópico del sangrado antes de 12 horas. El objetivo de este estudio es describir las características y resultados clínicos a 28 días de estos pacientes. **Metodología:** Se realizó un análisis retrospectivo de 72 pacientes con HDA no variceal ingresados a UCI entre 2023 y 2024 que recibieron intervención endoscópica antes de 12 horas desde el inicio. Se recopilaron datos sobre sexo, edad, uso previo de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, consumo de tabaco, úlcera péptica previa, etiología del sangrado, tipo de terapia endoscópica realizada, control de la hemorragia, recidiva precoz y mortalidad a 28 días. Se utilizó estadística descriptiva con medias, porcentajes, análisis multivariado y de supervivencia. Se utilizó software SPSS. Este estudio fue aprobado por el comité de ética. **Resultados:** 115 pacientes se realizaron endoscopias urgentes (antes de 12 horas) en UCI por sangrado digestivo entre 2023 y 2024, 72 correspondieron a HDA no variceal. La media de edad fue 62,4 años, 69,4% hombres y la etiología más frecuente fue úlcera péptica (65,35%). El Forrest score más frecuentes fue II-a (44,7%) y III (27,7%). No existió asociación significativa entre este score y mortalidad. El control inicial del sangrado se logró en 81,9% de los casos, la recidiva ocurrió en 26,4% de los pacientes y la mortalidad a 28 días fue 19,4%. 30,6% tenía consumo de tabaco activo, 34,7% usaba anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios y 13,9% usaban AINEs sin demostrar hallazgos significativos en el análisis multivariado. Aproximadamente la mitad de los pacientes no recibió tratamiento endoscópico al momento de realizar el procedimiento (47,2%) y de aquellos en que sí, no hubo diferencias significativas en los resultados clínicos de quienes se realizaron monoterapia, doble terapia o tres y más terapias. La mortalidad de los pacientes que recidivaron fue 63,2% ( $p < 0.028$ ). **Conclusiones:** En nuestra serie de 72 pacientes con HDA no variceal ingresados a UCI, la úlcera péptica fue la causa más frecuente de hemorragia y el Forrest score más común fue II-a y III. Aunque se logró el control del sangrado en la mayoría de los casos, incluso sin terapia endoscópica, la recidiva de la hemorragia se asoció a una mortalidad significativamente mayor. Los factores de riesgos conocidos para la HDA no variceal no demostraron un valor significativo en esta cohorte.



# #40 - CINÉTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA IGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA, REALIDAD DE UN CENTRO UNIVERSITARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-040>

Julio Cesar Miranda Betancourt<sup>1</sup>, Natalia Alejandra Covarrubias Ruz<sup>1</sup>, Dannette Vania Guíñez Francois<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Introducción:** El diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC) se basa en la presencia de síntomas clínicos, anticuerpos específicos como los antitransglutaminasa (anti-tTG) y la confirmación mediante biopsia intestinal. Una dieta libre de gluten (DLG) es el único tratamiento eficaz, que al ser realizada correctamente conduce a la normalización de los anticuerpos anti-tTG y la mejoría clínica e histológica. No obstante, el tiempo necesario para que los anticuerpos anti-tTG se normalicen puede variar, se describe que un porcentaje de pacientes pueden reducir los niveles de anti-tTG en algunos meses, mientras que en otros la negativización puede tardar más de dos años, particularmente cuando presentan una alta concentración al diagnóstico. Factores como la adherencia a la dieta, la duración de la enfermedad y características individuales influyen en la cinética de estos anticuerpos. En nuestra población, existen pocos estudios que examinen esta cinética en pacientes que deberían estar bajo tratamiento con DLG estricta. El objetivo de este estudio fue evaluar la cinética de los anticuerpos anti-tTG IgA en pacientes con enfermedad celíaca en seguimiento en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). **Metodología:** Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo basado en la revisión de datos en ficha clínica de pacientes con enfermedad celíaca en control en el HCUCH entre los años 2009 y 2024, se incluyeron pacientes con mínimo de 3 determinaciones de anticuerpos anti-tTG, siendo la primera positiva. Se consideraron negativos aquellos pacientes que presentaron al menos una determinación de anti-tTG en valores normales (< 20 Unidades) durante el seguimiento y positivo débil entre 20 y 30 Unidades hasta la última medición registrada. Se realizó estadística descriptiva para el análisis. **Resultados:** Se recolectaron un total de 146 determinaciones de anticuerpos anti-tTG en 25 pacientes con enfermedad celíaca, de los cuales el 88% eran mujeres. La edad promedio al diagnóstico fue de  $48 \pm 11,3$  años. En total, 12 pacientes (48%) lograron negativizar los anticuerpos anti-tTG (5 entre 1-2 años; 3 entre 2-3 años; 2 entre 3-4 años y 2 de 6-7 años). 5 pacientes lograron un positivo débil, mientras que 8 pacientes mantuvieron niveles positivos durante todo el periodo de seguimiento con una mediana de 64 (32-150) unidades. Dos de los pacientes que lograron negativizar los anticuerpos presentaron una reaparición de la seropositividad con niveles elevados de anti-tTG (148 y 150 U) en controles posteriores. **Conclusión:** Los resultados muestran que aunque casi la mitad de los pacientes logró negativizar sus niveles de anti-tTG, existe una amplia variabilidad en el tiempo necesario para alcanzar esta negativización. Por otra parte, encontramos una proporción considerable de pacientes en los que persistieron positivos durante el seguimiento, lo que sugiere que pueden tener una dificultad en mantener una adherencia estricta a la DLG. Estos hallazgos destacan que la educación continua de los pacientes y la supervisión médica, son esenciales para mejorar el cumplimiento de la DLG y prevenir recaídas, promoviendo una mejor evolución clínica y calidad de vida.

# #41 - ¿GLUCOSA O LACTULOSA COMO SUSTRATO EN EL ESTUDIO DE PRESENCIA DE ARQUEAS EN INTESTINO DELGADO Y SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL?

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-041>

Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>, Ana María Madrid Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** La presencia de un recuento aumentado de bacterias (SBI) y sobrecrecimiento intestinal por arqueas en intestino delgado (IMO) deriva muchas veces en la presencia de síntomas entre los cuales predominan el dolor abdominal, diarrea, constipación y distensión abdominal. En la actualidad existen 2 técnicas para su estudio, el de aire espirado con Glucosa que solo podría medir el SBI e IMO en intestino delgado proximal y el Test con Lactulosa que tratándose de una azúcar no absorbible es capaz de llegar al colon y así evaluar el tiempo de tránsito oro cecal con lactulosa. **Objetivo:** Evaluar la presencia de SBI e IMO con técnicas de aire espirado con Lactulosa y Glucosa, en un mismo grupo de pacientes sintomáticas. **Método:** Se diseñó un estudio transversal de ingreso prospectivo en pacientes mayores de 18 años y de ambos géneros, enviados por sus médicos tratantes a estudio con la sospecha de SBI. Todos los firmaron consentimiento informado de querer participar del estudio. El SBI e IMO se investigó mediante test de hidrógeno en el aire espirado con lactulosa y glucosa como sustrato, en días consecutivos y alternados, la mitad partió primero con glucosa y la otra mitad con lactulosa. Se consideró SBI con lactulosa la presencia de cifras mayores a 20 ppm sobre el basal y de IMO a 12 ppm sobre basal. Con Glucosa SBI 20 ppm sobre el basal en los primeros 120 minutos, IMO: la presencia de 12 ppm sobre el basal en los primeros 120 minutos. Se realizó estadística descriptiva calculando diferencias estadísticas con Chi2. **Resultados:** Se ingresaron 67 pacientes, edad promedio 49 años (18-72), 59/67 (88%) sexo femenino. En el estudio con lactulosa se observó SBI en 26 pacientes (38,8%), IMO en 36 pacientes (53.7%), Con Glucosa SBI en 13 pacientes (19,4%) solo 7 pacientes se presentan en concordancia en ambos estudios (10,4%) y de IMO 17 pacientes (25,4%). Detalles se observan en tabla. **Conclusión:** Los estudios con lactulosa presentan una mayor presencia de SBI con cifras similares a las reportadas en estudios internacionales y fue menor en estudio con Glucosa. Es posible que la glucosa, como se absorbe tempranamente en intestino delgado, no sea capaz de detectar SBI a nivel del íleon. No hubo mayores cambios en el diagnóstico de IMO usando ambos sustratos.

	Pacientes (n)	SBI a 60 min N / %	SBI a 120 min N / %	IMO a 60 min N / %	IMO a 120 min N / %
<b>Lactulosa</b>	67	26/38,8	0	36/53,7	0
<b>Glucosa</b>	67	13/19,4	13/19,4	21/31,3	22/32,8
<b>Concordancia</b>	-	7 /10,4%	N/A	17/25,4	N/A
<b>p&gt;0.005</b>	-	0,05	0,05	0,61	0,05

# #42 - HALLAZGOS EN MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES DERIVADOS PARA ESTUDIO PRE OPERATORIO DE HERNIA HIATAL

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-042>

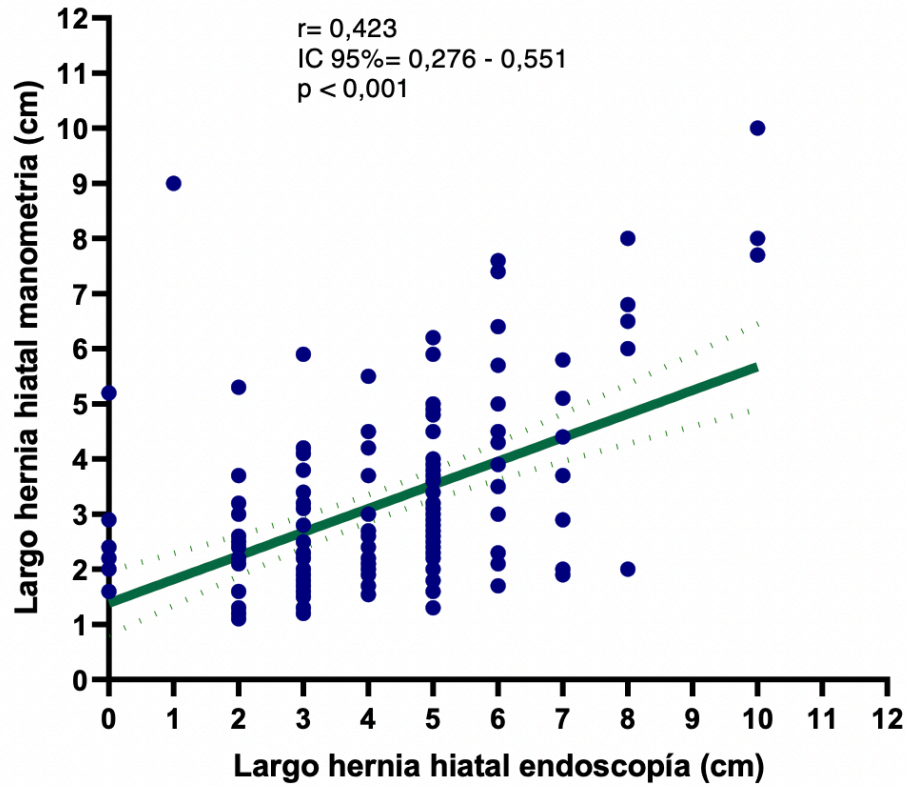
Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Karin Herrera<sup>1</sup>, Claudia Defilippi Guerra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** La unión esofagogástrica (UEG) consiste en el esfínter esofágico inferior (EEI) intrínseco y la Crura Diafragmática. La manometría esofágica de alta resolución (MAR) puede detectar de manera confiable una hernia hiatal axial, respaldada por estudios que la comparan con esofagograma baritado, endoscopia o cirugía. La Clasificación de Chicago v4.0 (CCv4.0) se emplea para categorizar los trastornos de la motilidad esofágica basándose en las métricas de la MAR y es necesaria cuando se considera una cirugía en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico para descartar trastornos motores. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de trastornos motores esofágicos usando CCv4.0 en pacientes derivados para estudio pre quirúrgico con y sin Hernia Hiatal diagnosticada manométricamente. **Correlacionar** el largo de Hernia Hiatal (HH) medido por manometría con largo estimado endoscópico o imagenológico. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes derivados para estudio pre operatorio que se sometieron a manometría de alta resolución (MAR) en nuestro laboratorio, entre los años 2021 y 2024. La MAR se realizó con equipo Medtronic según protocolo Chicagov4.0. Se registraron datos demográficos, encuestas sintomática validadas (GERD-Q) y hallazgos de la endoscopia (EDA) incluyendo medición en centímetros de largo HH. En MAR se describió características UGE incluyendo presión basal, integral contráctil, largo esfínter y largo hernia hiatal. Se excluyeron pacientes derivados por disfagia, con sospecha de Acalasia, Esclerodermia, Chagas o cirugía previa. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva, (frecuencias y medidas de tendencia central), Prueba de normalidad, Prueba de Chi2, U-Mann Whitney, T- de Student, con un nivel de confianza  $p < 0,05$ . SPSS v29. **Resultados:** De 336 pacientes derivados para estudio pre operatorio por HH, se incluyeron 272 pacientes, con edad promedio 56,5 años, 207 (70,6%) mujeres, IMC 29,1. El largo promedio medido por endoscopia fue de 4,2 cm (rango 1-11). De ellos, 171 pacientes se confirmó una unión gastroesofágica tipo III con una correlación positiva con manometría ( $r=0,423$  IC95 0,35-0,60) Figura 1. El largo promedio de HH por MAR fue 3,12 cm (rango 1,1-10), largo del esfínter propio de 2,17 mm y presión basal 14,4 mmHg. Este grupo 124 (72,1%) presentaron una motilidad normal, 41 (23,8%) motilidad inefectiva, 4 (2,3%) obstrucción al tracto de salida y 3 (1,8%) contractibilidad ausente. En 101 (58,7%) se realizó concomitante una pH metría de 24 horas con un tiempo de exposición ácida promedio de 10,7% (rango 0,4-54%) y 36 contaron con medición de impedancia basal nocturna siendo promedio 1371 Ohm. Al comprar con un grupo control de 91 pacientes derivados por HH pero con UGE tipo I y II en Manometría (tabla 1), se observa similar frecuencia de trastornos motores pero menor tiempo de exposición ácida y mayor impedancia basal nocturna. **Conclusión:** En nuestra serie local, existe un número no despreciable de trastornos de la peristalsis en ambos grupos, incluyendo contractibilidad ausente, lo que puede modificar el tratamiento quirúrgico, sin diferencia entre aquellos con y sin HH lo que concuerda con lo propuesto por Consenso de Padova. La medición del largo de HH por manometría es concordante con el de endoscopia siendo ambas técnicas válidas.



**Figura:** Correlación entre medición de largo de hernia hiatal por endoscopia digestiva alta y manometría esofágica de alta resolución.



**Tabla:** Descripción y Análisis por grupos.

Parámetro	Total n=262	UGE tipo I y II n= 91	UGE tipo III n=171	p value
Femenino (n,%) Masculino (n,%)	187 (71,49) 75 (28,6)	58 (63,7) 33 (36,3)	129 (75,4) 42 (24,6)	0,46
Tamaño Hernia Hiatal endoscópico (cm; mediana,RIQ)	4 (3-5)	3 (2-4)	4 (3-6)	<b>0,001</b>
Largo Hernia Hiatal manométrica (cm; mediana,RIQ)	N/A	N/A	2,6 (2,0-3,8)	<b>0,001</b>
Largo Esfínter propio (mm; mediana,RIQ)	2,3 (1,8-2,9)	2,9 (2,0-3,6)	2,1 (1,8-2,5)	<b>0,001</b>
Presión basal esfínter propio (mmHg; mediana,RIQ)	12,45 (7,38- 20,05)	15,0 (9,2-19,5)	11,4 (6,4-20,5)	0,06
Integral contráctil esfínter propio (mmHg.s; mediana,RIQ)	17,3 (10,2-27,8)	20,8 (12,7-27,1)	15,8 (8,8-28,5)	0,06
Motilidad Esofágica Normal (n/%)	190 (72,5)	66 (72,5)	124 (72,5)	0,99
Motilidad Inefectiva(n/%)	61 (23,3)	21 (23,1)	40 (23,4)	0,95
Obstrucción al Tracto de Salida (n/%)	7 (2,7)	3 (3,3)	4 (2,3)	0,65
Contractibilidad Ausente (n/%)	4 (1,5)	1 (1,1)	3 (1,8)	0,68
Tiempo de Exposición Ácida (%;mediana,RIQ)	8,4 (3,4-13,1)	7,6 (3,3-11,5)	8,7 (3,7-14,35)	0,22
Impedancia Basal nocturna (Ohm; mediana,RIQ)	1285 (757-1977)	1490 (795-2712)	1205 (752-1797)	0,19



## #43 - ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL ESTUDIO DE ELECTROGASTROGRAFÍA DE SUPERFICIE ENTRE DISPEPSIA FUNCIONAL Y GASTROPARESIA?

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-043>

Christian von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Natalia Santos<sup>2</sup>, Ana María Madrid Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** Los trastornos gastroduodenales crónicos como la dispepsia funcional (DF) y la gastroparesia (Gp) con vaciamiento gástrico retardado son frecuentes en la práctica clínica. Sin embargo, evidencia reciente muestra que estos trastornos son clínicamente intercambiables debido a la superposición de perfiles de síntomas y pruebas diagnósticas. La electrogastrografía (EGG) de superficie es una prueba no invasiva que permite estudiar la actividad mioeléctrica gástrica, siendo uno de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en estas patologías. **Objetivo:** Describir hallazgos EGG de superficie en pacientes con DF, Gp y compararlos con controles asintomáticos y pacientes con mal vaciamiento gástrico (MVG) sin Gp ni DF. **Método:** Se estudiaron 206 Pacientes mayores de 18 años con criterios según consenso Roma IV para Gastroparesia y Dispepsia Funcional. Pacientes se cintografió de vaciamiento gástrico. Se excluyeron pacientes con trastornos motores como diabetes, cirugía bariátrica o mesenquimopatías. Se realizó EGG según técnica estandarizada registrando 1 hora de ayuno y 1 hora post comida de prueba con 350 calorías. Se comparó con un grupo control de 20 sujetos asintomáticos. Se realizó análisis descriptivo de los datos. Comparación de variables se utilizó  $\chi^2$  para variables cualitativas y para variables cuantitativas Kruskal-Wallis. Se consideró un valor  $p < 0,05$  como significativo. **Resultados:** Se incluyeron 168 sujetos sexo femenino y 38 masculinos, 99 pacientes con DF, 56 con Gastroparesia y 31 con mal vaciamiento gástrico. Al evaluar la electrogastrografía en conjunto, ésta se encontró alterada en el 82% de pacientes con MVG, 59% en Gp, 63% en DF y sólo 20% de controles ( $p < 0,001$ ). No hubo un patrón característico que diferencie entre Gp, DF y MVG ( $p=0,065$ ). La principal diferencia observada entre grupos fue distribución de frecuencia porcentual pre prandial ( $p < 0,007$ ), así como la relación de potencia post prandial ( $p = 0,036$ ). **Conclusión:** La EGG es un examen no invasivo que puede ayudar a comprender proceso fisiopatológico detrás de los trastornos antroduodenales. La EGG permite diferenciar de sujetos sanos asintomáticos y enfermos, predominando una distribución de frecuencia porcentual preprandial anormal y la relación de portencia, pero no permite diferenciar a grosso modo entre Gp, DF ni MVG.

Tabla 1.

	Controles N = 20 (10%)	Gastroparesia N = 56 (27%)	Dispepsia funcional N = 99 (48%)	Mal vaciamiento gástrico N = 31 (15%)	Valor p
Sexo					
Femenino	14 (70)	48 (88)	86 (87)	19 (61)	<b>0,004</b>
Masculino	6 (30)	7 (12)	13 (13)	12 (39)	
Edad	36 (23 – 55)	41 (18 – 76)	39 (14 – 80)	45 (16 – 78)	0,115
EGG alterada	4 (20)	35 (63)	58 (59)	25 (82)	<b>&lt; 0,001</b>
Relación potencial alterada	9 (45)	22 (42)	48 (48)	15 (48)	0,862
RP normal pre- prandial	3,05 (0,23 – 3,52)	3,05 (0,23 – 7,97)	2,81 (0,23 – 3,52)	3,05 (0,23 – 3,52)	0,333
Distribución porcentual de la frecuencia pre- prandial					
Normal	86,8 (26,3 – 100)	68,4 (1,8 – 100)	66,5 (0 – 100)	58,9 (0 – 100)	<b>0,007</b>
Bradigastría	5,3 (0 – 54,4)	22,25 (0 – 87,3)	27,3 (0 – 92,9)	30,9 (0 – 94,5)	<b>0,010</b>
Taquigastría	0 (0 – 24,6)	3,5 (0 – 85,7)	1,8 (0 – 45,6)	3,5 (0 – 40,4)	<b>0,025</b>
RP normal post- prandial	3,05 (0,23 – 3,6)	3,05 (0,23 – 8,2)	3,28 (0 – 84,2)	3,05 (0,23 – 3,52)	<b>0,036</b>
Distribución porcentual de la frecuencia post- prandial					
Normal	0,93 (10,2 – 100)	75,4 (14 – 100,6)	71,9 (5,6 – 100)	77,2 (17,5 – 100)	<b>0,042</b>
Bradigastría	4,45 (0 – 42,9)	11,5 (0 – 73,7)	19,3 (0 – 103,5)	7 (0 – 67,9)	0,065
Taquigastría	0 (0 – 38,2)	3,95 (0 – 71,9)	3,5 (0 – 74,1)	1,8 (0 – 43,9)	0,143

# #44 - EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, POSIBLES FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-044>

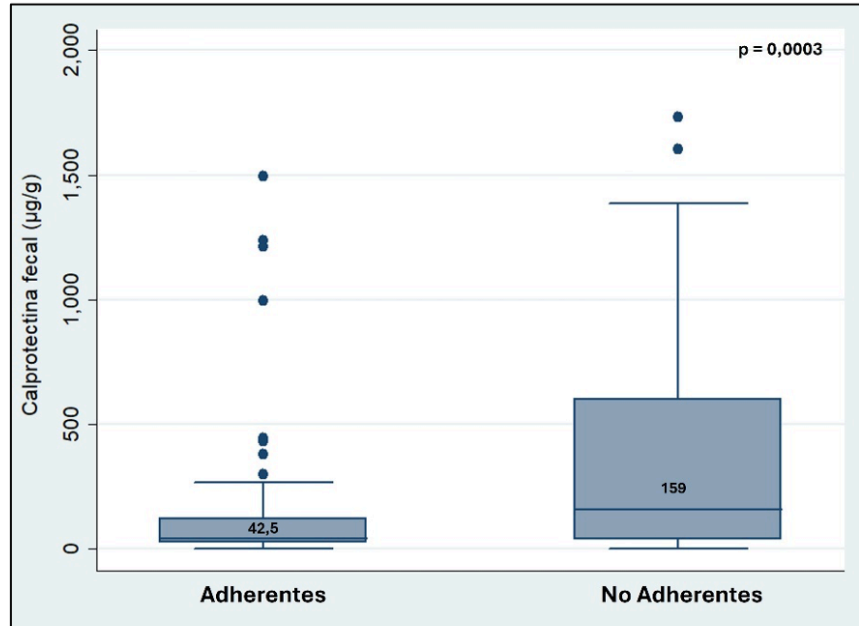
Rene Rojas Brain<sup>1,2</sup>, Camila Estay Hernandez<sup>1</sup>, Daniela Simian Marin<sup>1</sup>, Camila Maúlen Llanca<sup>1</sup>, Edith Pérez de Arce Oñate<sup>1</sup>, Paula Calderón Droguett<sup>2</sup>, Loreto Ovalle Andrade<sup>2</sup>, Ana Vásquez Cavalieri<sup>2</sup>, Cristian Montenegro Urbina<sup>1</sup>, Isabel Lagos Villaseca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile,<sup>2</sup> Clínica INDISA.

**Introducción:** El arsenal terapéutico para las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) se encuentra en constante desarrollo, aumentando su efectividad en lograr la remisión tanto clínica como endoscópica. Es indispensable para lograr estos objetivos una adecuada adherencia a las terapias, ya que se asocia a menor número de recaídas, complicaciones, probabilidad de cirugía, costos en salud y mejor calidad de vida. Sin embargo, estudios muestran una elevada tasa de no adherencia en pacientes con EII oscila entre el 30 y 50%. **Objetivo:** Evaluar la adherencia a la terapia farmacológica en pacientes con EII en seguimiento en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y Clínica Indisa, su relación con actividad clínica y de laboratorio y factores relacionados. **Método:** Estudio observacional, de corte transversal en pacientes con EII incluidos en los programas de seguimiento evaluados entre mayo y agosto del 2024, con más de seis meses desde el diagnóstico. Se evaluó el grado de adherencia a las terapias mediante la encuesta validada para EII Morisky 8 y escala visual análoga, y se recopilaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio. Se definió actividad clínica como Mayo > 2 o Harvey Bradshaw > 5 y actividad bioquímica con calprotectina fecal > 200 ug/g. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencia (porcentaje) y mediana (rango min-max) para variables cualitativas y cuantitativas, respectivamente. Se comparó el grupo adherente (Morisky 7-8) vs no adherente a la terapia farmacológica (Morisky < 7). Se realizó una regresión logística univariada para determinar los posibles factores asociados a una mala adherencia al tratamiento y la relación con actividad clínica y bioquímica. Se consideró un p < 0,05 como estadísticamente significativo. **Resultados:** Se encuestaron 160 pacientes; 99 (62%) mujeres, edad mediana 40,5 años (18-79), 111 con Colitis Ulcerosa (69,3%), 48 Enfermedad de Crohn (30%) y una colitis no clasificable. El 45% de los pacientes resultó no adherente a la terapia farmacológica para EII. Los factores asociados a no adherencia fueron obesidad y compromiso perianal en Enfermedad de Crohn. Un factor protector fue mayor edad, ya que por cada año la probabilidad de adherencia aumentó un 5% OR 0.95 (0,93-0,98). Las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas con respecto al nivel educacional, previsión en salud o gastos asociados a fármacos. Con respecto a las variables clínicas no hubo diferencia significativa al comparar extensión, fenotipo, crisis último año u hospitalizaciones. Al evaluar la actividad de EII hubo diferencias significativas, tanto la actividad clínica como bioquímica fue mayor en pacientes no adherentes (Fig 1). Además, la probabilidad de presentar actividad en EII fue 5 veces mayor en pacientes no adherentes a terapia farmacológica. **Conclusión:** En nuestro medio la falta de adherencia es elevada (45%) y se relaciona a pacientes más jóvenes. Se comprobó que la falta de adherencia está asociada a 5 veces más riesgo de presentar actividad clínica y/o bioquímica. Estudio apoya la medición de la adherencia en los pacientes con EII y la implementación de medidas que promuevan la misma.



**Figura 1. Comparación de los niveles de calprotectina fecal entre pacientes adherentes y no adherentes a la terapia farmacológica**



**Tabla 2. Análisis de regresión logística univariada para determinar factores asociados a la no adherencia farmacológica en Enfermedad Inflamatoria Intestinal**

	OR	IC95%	Valor p
Edad	0,95	0,93 – 0,98	< 0,001
Obesidad	4,56	1,20 – 17,29	0,025
Compromiso perianal en EC	5,23	0,99 – 27,68	0,051
Actividad clínica	5,06	1,58 – 16,17	0,006
Actividad bioquímica	5,66	2,63 – 12,17	< 0,001
Actividad global	5,28	2,53 – 11,01	< 0,001

# #45 - ACTUALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE HELICOBACTER PYLORI E INDICACIONES DE TRATAMIENTO: DATOS DEL LATIN AMERICAN REGISTRY ON HELICOBACTER PYLORI MANAGEMENT (Hp-LATAMReg).

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-045>

Diego Reyes Placencia<sup>1</sup>, José María Remes Troche<sup>2</sup>, Oscar Laudanno<sup>3</sup>, William Otero<sup>4</sup>, Alejandro Piscocoy<sup>5</sup>, Guillermo Otoya<sup>6</sup>, Christian von Muhlenbrock<sup>7</sup>, Rodrigo Quera<sup>7</sup>, Juan Ramírez García<sup>8</sup>, Christian Campos Núñez<sup>9</sup>, Hugo Cedron<sup>10</sup>, Ignacio Hanna Jairala<sup>11</sup>, Dacio Cabrera Hinojosa<sup>12</sup>, César Vargas Alayza<sup>13</sup>, William Araujo Gil<sup>13</sup>, Patricio Medel Jara<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre<sup>1</sup>, Javier Chahuan<sup>1</sup>, Alex Arenas<sup>14</sup>, Roberto Candia<sup>1</sup>, Rodrigo Mansilla Vivar<sup>15</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Ana Delfina Cano Contreras<sup>2</sup>, Francisco Bosques Padilla<sup>16</sup>, Enrique Coss Adame<sup>17</sup>, José Antonio Velarde Ruiz Velasco<sup>18</sup>, Aránzazu Guadalupe Pérez Castañeda<sup>18</sup>, Francisco Alejandro Félix Téllez<sup>18</sup>, Eliana Carolina Morel Cerda<sup>18</sup>, Fátima Higuera de la Tijera<sup>19</sup>, Yoali Maribel Velasco Santiago<sup>19</sup>, Miguel Motola Kuba<sup>19</sup>, María Sarai González Huevo<sup>20</sup>, Ricardo Raña Garibay<sup>21</sup>, Margarita Pizarro<sup>1</sup>, María Victoria Binder<sup>1</sup>, Miguel Bustamante<sup>1</sup>, Eitan Dukes<sup>1</sup>, Gabriel Ahumarán<sup>22</sup>, Pablo César Rodríguez<sup>23</sup>, Óscar Alfredo Bedini<sup>24</sup>, Fernando Ustares<sup>25</sup>, Lina Otero<sup>26</sup>, Hernando Marulanda<sup>4</sup>, Anna Cano-Català<sup>27</sup>, Leticia Moreira<sup>28</sup>, Pablo Parra<sup>29</sup>, Olga P. Nyssen<sup>29</sup>, Javier P. Gisbert<sup>29</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Universidad Veracruzana, <sup>3</sup>Instituto Doctor Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, <sup>4</sup>Universidad Nacional de Colombia, <sup>5</sup>Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, <sup>6</sup>Hospital Nivel IV Guillermo Almenara Irigoyen, <sup>7</sup>Clinica Universidad de los Andes, <sup>8</sup>Clinica Liga contra el Cáncer, <sup>9</sup>Hospital Clínica Bíblica, <sup>10</sup>Clinica Anglo Americana, <sup>11</sup>Hospital Miguel H Alcivar, <sup>12</sup>Hospital Nacional Dos de Mayo, <sup>13</sup>Hospital de Chulucanas, <sup>14</sup>Clinica Alemana de Santiago SA, <sup>15</sup>Hospital Puerto Montt, <sup>16</sup>Tecnológico de Monterrey, <sup>17</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>18</sup>Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>19</sup>Hospital General de México, <sup>20</sup>Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), <sup>21</sup>Hospital Español de México, <sup>22</sup>Clinica Monte Grande, <sup>23</sup>Instituto Modelo Córdoba, <sup>24</sup>Centro de Endoscopia Digestiva, <sup>25</sup>Sanatorio Laval, <sup>26</sup>Centro de Gastroenterología y Endoscopia, <sup>27</sup>Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut de la Catalunya Central (IRIS-CC), <sup>28</sup>Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS), CIBEREHD, <sup>29</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y CIBEREHD.

**Introducción:** Hay información limitada al respecto de la mejor aproximación para el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) en Latinoamérica. Nuestro objetivo fue describir las pruebas diagnósticas utilizadas y las indicaciones de tratamiento de la infección por *H. pylori* en Latinoamérica. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en condiciones de la vida real, mediante un registro multicéntrico internacional llamado Latin American Registry on the Management of *Helicobacter pylori* infection (Hp-LATAMReg) bajo la iniciativa de la generación del Worldwide Registry on The Management of *Helicobacter Pylori* infection (WorldHpReg). Se recopiló la información utilizada por gastroenterólogos en siete países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú) desde 2015 a 2024. Los datos fueron registrados en una base de datos de AEG-REDCap en un cuaderno electrónico de recogida de datos. Se evaluaron las indicaciones de tratamiento más frecuentes y las pruebas diagnósticas antes y después del tratamiento de erradicación. Las variables continuas se presentaron como medias aritméticas y desviación estándar. Las variables cualitativas fueron presentadas como porcentajes. La significación estadística fue considerada con un valor *p* menor a 0,05. Para la comparación entre variables cualitativas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. **Resultados:** Se registraron 2.632 pacientes, de los cuales 1.756 (67%) fueron mujeres. El promedio (DE) de edad fue de 53 (14) años. 1.087 pacientes (41%) fueron de México, 466 (18%) de Chile, 454 (17%) de Perú, 274 (10%) de Argentina, 200 (7,6%) de Colombia, 107 (4,1%) de Costa Rica y 44 (1,7%) de Ecuador. Las indicaciones más frecuentes de tratamiento fueron dispepsia no investigada (*n*=1.003, 38%) y dispepsia con endoscopia normal (*n*=789, 34%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las indicaciones de erradicación de *H. pylori* entre los países analizados (Tabla 1). Los principales métodos diagnósticos de la infección por *H. pylori* fueron: histología (*n*=1.652, 63%), test rápido de la ureasa (RUT) (*n*=479, 18%) y test del aliento con urea con <sup>13</sup>C (<sup>13</sup>C-UBT) (*n*=299, 11%). Para comprobar la erradicación, los tests diagnósticos más frecuentemente utilizados fueron: antígeno en heces monoclonal (*n*=1.026, 39%), <sup>13</sup>C-UBT (*n*=758, 29%) y <sup>14</sup>C-UBT (*n*=517, 20%). Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los países participantes en relación a indicación de tratamiento y métodos diagnósticos utilizados antes y después de la terapia de erradicación (Tabla 2). **Conclusiones:** Existe una importante heterogeneidad entre los países de Latinoamérica respecto a las indicaciones de tratamiento y las pruebas diagnósticas más frecuentemente utilizadas. Es necesaria la inclusión de más países para mejorar la representatividad del Hp-LATAMReg.



<b>País</b>	<b>Argentina (n=274)</b>	<b>Chile (n=466)</b>	<b>Colombia (n=200)</b>	<b>Costa Rica (n=107)</b>	<b>Ecuador (n=44)</b>	<b>México (n=1.087)</b>	<b>Peru (n=454)</b>	<b>Total (n=2.632)</b>
<b>Indicación de erradicación de <i>H. pylori</i></b>								p<0,01*
Dispepsia no investigada	27 (9,9%)	53 (11%)	36 (18%)	2 (1,9%)	0 (0%)	700 (65%)	185 (42%)	1.003 (38%)
Dispepsia con endoscopia normal	201 (74%)	265 (57%)	45 (23%)	57 (53%)	1 (2,3%)	44 (4%)	176 (39%)	789 (30%)
Úlcera duodenal	14 (5,1%)	8 (1,7%)	5 (2,5%)	8 (7,5%)	1 (2,3%)	45 (4,1%)	9 (2%)	90 (3,4%)
Úlcera gástrica	13 (4,8%)	7 (1,5%)	13 (6,5%)	8 (7,5%)	7 (16%)	75 (6,9%)	14 (3,1%)	137 (5,2%)
Lesiones pre-neoplásicas	0 (0%)	2 (0,4%)	0 (0%)	19 (18%)	32 (71%)	67 (6,2%)	33 (7,3%)	153 (5,8%)
AINEs o tratamiento con Aspirina	10 (3,7%)	0 (0%)	5 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (0,5%)	0 (0%)	20 (0,8%)
Linfoma MALT	1 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,2%)	0 (0%)	4 (0,2%)
Pacientes con antecedente FPG	2 (0,7%)	12 (2,6%)	9 (4,5%)	11 (10%)	2 (4,5%)	20 (1,8%)	16 (3,5%)	72 (2,7%)
Anemia ferropénica no explicada	2 (0,7%)	5 (1,1%)	13 (6,5%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (0,4%)	1 (0,2%)	25 (0,9%)
Cribado de cáncer gástrico	0 (0%)	13 (2,8%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (2,3%)	17 (1,6%)	10 (2,2%)	42 (1,6%)
Otros	4 (1,5%)	100 (22%)	74 (37%)	1 (1%)	0 (0%)	108 (10%)	10 (2,2%)	297 (11%)

Tabla 1. Caracterización de las principales indicaciones de erradicación de la infección por *H. pylori* entre los países participantes del Hp-LATAMReg.

\*Prueba de Chi-cuadrado.

\*\*AINEs = Antiinflamatorios no esteroidales. FPG = Familiar de primer grado.

País	Argentina (n=274)	Chile (n=466)	Colombia (n=200)	Costa Rica (n=107)	Ecuador (n=44)	México (n=1.087)	Peru (n=454)	Total (n=2.632)
<b>Prueba diagnóstica antes de la erradicación</b>								
<sup>13</sup> C UBT	6 (2,2%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	166 (15%)	126 (28%)	299 (11%, p<0,01*)
<sup>14</sup> C UBT	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	75 (6,9%)	38 (8,4%)	113 (4,3%, p<0,01*)
Serología	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (0,4%)	1 (0,2%)	5 (0,2%, p=0,7)
AD Monoclonal	10 (3,6%)	15 (3,2%)	4 (2%)	15 (14%)	6 (14%)	29 (2,7%)	0 (0%)	79 (3%, p<0,01*)
AD Policlonal	2 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (1,7%)	0 (0%)	20 (0,8%, p=0,01*)
Histología	256 (93%)	25 (5,4%)	196 (98%)	67 (63%)	38 (86%)	788 (73%)	282 (62%)	1.652 (66%, p<0,01*)
RUT	0 (0%)	432 (93%)	0 (0%)	30 (28%)	0 (0%)	7 (0,6%)	8 (1,8%)	477 (18%, p<0,01*)
Cultivo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,1%, p<0,01*)
PCR en deposiciones	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,1%, p<0,01*)
<b>Prueba diagnóstica después de la erradicación</b>								
<sup>13</sup> C UBT	83 (30%)	190 (41%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	307 (28%)	176 (39%)	756 (29%, p<0,01*)
<sup>14</sup> C UBT	4 (1,5%)	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	262 (24%)	250 (55%)	517 (20%, p<0,01*)
Serología	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,01%, p<0,01*)
AD Monoclonal	178 (65%)	207 (44%)	198 (99%)	98 (92%)	44 (100%)	292 (27%)	9 (2%)	1.026 (39%, p<0,01*)
AD Policlonal	5 (1,8%)	4 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	139 (13%)	0 (0%)	148 (5,6%, p<0,01*)
Histología	8 (2,9%)	16 (3,4%)	2 (1%)	6 (5,6%)	0 (0%)	68 (6,3%)	12 (2,6%)	112 (4,3%, p<0,01*)
RUT	0 (0%)	46 (10%)	0 (0%)	3 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,2%)	50 (2%, p<0,001*)
PCR en deposiciones	0 (0%)	1 (0,2%)	0 (0%)	3 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (0,2%, p<0,01*)

Tabla 2. Descripción de las pruebas diagnósticas utilizadas antes y después de la erradicación de la infección por H. pylori en Hp-LATAMReg.

\*Prueba de Chi-cuadrado.

\*\*<sup>13</sup>C UBT = Prueba de aire espirado con marcador de Carbono<sup>13</sup>. <sup>14</sup>C UBT = Prueba de aire espirado marcador de Carbono<sup>14</sup>. AD = Antígeno en deposiciones. RUT = Test rápido de Ureasa.



# #47 - LAS TERAPIAS CUÁDRUPLES SON SUPERIORES A LA TERAPIA TRIPLE CON CLARITROMICINA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN LATINOAMÉRICA. DATOS DEL LATIN AMERICAN REGISTRY ON THE MANAGEMENT OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION (HP-LATAMREG)

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-047>

Diego Reyes Placencia<sup>1</sup>, José María Remes Troche<sup>2</sup>, Oscar Laudanno<sup>3</sup>, William Otero<sup>4</sup>, Alejandro Piscocoy<sup>5</sup>, Guillermo Otoyá<sup>6</sup>, Christian von Muhlenbrick<sup>7</sup>, Rodrigo Quera<sup>7</sup>, Juan Ramírez García<sup>8</sup>, Christian Campos Núñez<sup>9</sup>, Hugo Cedrón<sup>10</sup>, Ignacio Hanna Jairala<sup>11</sup>, Dacio Cabrera Hinojosa<sup>12</sup>, Cesar Vargas Alayza<sup>13</sup>, William Araujo Gil<sup>13</sup>, Patricio Medel Jara<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre<sup>1</sup>, Javier Chahuán<sup>1</sup>, Alex Arenas<sup>14</sup>, Roberto Candia<sup>1</sup>, Rodrigo Mansilla Vivar<sup>15</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Ángel Ricardo Flores Rendón<sup>16</sup>, Luis Fernando Ochoa Meza<sup>16</sup>, Octavio Gómez Escudero<sup>17</sup>, Jesús Kazuo Yamamoto Furusho<sup>18</sup>, Eumir Israel Juárez Valdés<sup>19</sup>, Rodrigo Guirao Pérez<sup>19</sup>, Gabriela Bretón Arroy<sup>19</sup>, Luis Raúl Valdovinos García<sup>20</sup>, Nayeli Xochiquétzal Ortiz Olvera<sup>21</sup>, Erika Ruiz García<sup>22</sup>, María Eugenia Icaza Chávez<sup>23</sup>, Ángeles Elizabeth Olalde Salgado<sup>24</sup>, Margarita Pizarro<sup>1</sup>, Francisca Martínez<sup>1</sup>, Felipe Silva<sup>1</sup>, Guillermo Fernández<sup>25</sup>, Paola Adami<sup>26</sup>, Gastón Ahualli<sup>27</sup>, Florencia Dulcich<sup>28</sup>, Elder Otero<sup>29</sup>, Alba Trespacios<sup>30</sup>, Anna Cano-Catalá<sup>31</sup>, Leticia Moreira<sup>32</sup>, Pablo Parra<sup>33</sup>, Olga P. Nyssen<sup>33</sup>, Javier P. Gisbert<sup>33</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Universidad Veracruzana, <sup>3</sup>Instituto Doctor Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, <sup>4</sup>Universidad Nacional de Colombia, <sup>5</sup>Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, <sup>6</sup>Hospital Nivel IV Guillermo Almenara Irigoyen, <sup>7</sup>Clinica Universidad de los Andes, <sup>8</sup>Clinica Liga contra el Cáncer, <sup>9</sup>Hospital Clínica Bíblica, <sup>10</sup>Clinica Anglo Americana, <sup>11</sup>Hospital Miguel H Alcivar, <sup>12</sup>Hospital Nacional Dos de Mayo, <sup>13</sup>E.S. II-1 Hospital de Chulucanas, <sup>14</sup>Clinica Alemana de Santiago SA, <sup>15</sup>Hospital Puerto Montt, <sup>16</sup>ISSSTECALI, <sup>17</sup>Hospital Ángeles Puebla, <sup>18</sup>Hospital Medica Sur, <sup>19</sup>Hospital Juárez de México, <sup>20</sup>Hospital Médica Sur, <sup>21</sup>UMAE, CMN siglo XXI, IMSS, <sup>22</sup>Instituto Nacional de Cancerología, <sup>23</sup>Hospital Faro del Mayab, <sup>24</sup>Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), <sup>25</sup>Centro GAHEEND, <sup>26</sup>Sanatorio Quilmes, <sup>27</sup>Clinica Monte Grande, <sup>28</sup>Hospital Udaondo, <sup>29</sup>Centro de Gastroenterología y Endoscopia, <sup>30</sup>Pontificia Universidad Javeriana, <sup>31</sup>Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut de la Catalunya Central (IRIS-CC), <sup>32</sup>Fundació de Recerca Clínica Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS), CIBEREHD, <sup>33</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y CIBEREHD.

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un problema de salud pública en Latinoamérica, donde existen altas tasas de resistencia a claritromicina, uso de esquemas inapropiados y bajas tasas de erradicación asociadas a estos esquemas. El objetivo fue evaluar las tasas de erradicación, perfil de seguridad y adherencia de las terapias cuádruples sin claritromicina, en comparación con la terapia triple basada en claritromicina en Latinoamérica. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en condiciones de vida real, mediante un registro multicéntrico internacional llamado Latin American Registry on the Management of *Helicobacter pylori* infection (Hp-LATAMReg) bajo la iniciativa de la generación del Worldwide Registry on The Management of *Helicobacter pylori* infection (WorldHpReg). Se recopiló la información utilizada por gastroenterólogos en siete países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú) desde 2015 a 2024. Los datos fueron registrados en una base de datos de AEG-REDCap en un cuaderno de recogida de datos electrónico. La evaluación final de las tasas de erradicación se realizó mediante un análisis por intención de tratar modificado (mITT) ajustadas por uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en altas dosis y duración de terapia de 14 días por esquema, tasas de efectos adversos y adherencia. Finalmente, se compararon las tasas de erradicación y de efectos adversos de los esquemas mediante regresión multivariada de Poisson, ajustada por país, sexo, edad, dosis de IBP y duración del tratamiento. **Resultados:** Se registraron 2.632 pacientes, de los cuales 2.323 (88%) tuvieron indicación de erradicación de primera línea (naïve). Se analizaron las ocho terapias más frecuentemente utilizadas (n=2.210, 84%): triple terapia convencional basada en claritromicina (IBP-amoxicilina (A)-claritromicina (C); n=801, 35%), IBP-A-C-metronidazol (M) (n=366, 16%), terapia dual (IBP-A; n=274, 12%), IBP-doxiciclina(D)-M-bismuto (B) (n=201, 8,7%), IBP-tetraciclina (Tc)-M-B (n=185, 8%), IBP-A-M-B (n=156, 6,7%), IBP-A-C-B (n=118, 5,1%) y IBP-A-levofloxacino (L) (n=109, 4,7%). Al considerar sólo las terapias con IBP en altas dosis y de duración de 14 días, se evidenció que las terapias IBP-A-M-B (97%, n=97) y IBP-Tc-M-B (93%, n=122) fueron las de mayor efectividad (Tabla 1). En el modelo de comparación de las tasas de erradicación y de efectos adversos de la terapia IBP-A-C con las otras siete terapias analizadas, IBP-A-M-B (RR 1,23 [IC 95% 1,14-1,33], p<0,01) y IBP-A-C-M (RR 1,21 [IC 95% 1,13-1,29], p<0,01) fueron superiores a la terapia IBP-A-C (Tabla 2). Las terapias IBP-A (RR 0,23 [IC 95% 0,15-0,37], p<0,01) y IBP-Tc-M-B (RR 0,52 [IC 95% 0,31-0,86], p=0,01) tuvieron un menor riesgo de presentar efectos adversos. **Conclusiones:** Las terapias cuádruples (con o sin bismuto) tienen una efectividad mayor que la terapia triple con claritromicina, sin diferencias en la presencia de efectos adversos ni adherencia al tratamiento. Hp-LATAMReg permite obtener datos locales en relación al manejo de la infección por *H. pylori* y así poder optimizar el tratamiento de esta infección en América Latina.



	Prescripción (% n)							
	IBP-A-C	IBP-A-C-M	IBP-A	IBP-D-M-B	IBP-Tc-M-B	IBP-A-M-B	IBP-A-C-B	IBP-A-L
Uso (% n)	35%, n=801	16%, n=366	12%, n=274	8,7%, n=201	8%, n=185	6,7%, n=156	5,1%, n=118	4,7%, n=109
Tasa de erradicación por mITT (% n) (p<0,01*)	75%, n=595	89%, n=327	88%, n=241	87%, n=172	87%, n=160	95%, n=148	79%, n=93	74%, n=81
Tasa de efectos adversos (% n) (p<0,01*)	35%, n=281	41%, n=151	7,3%, n=20	48%, n=97	12%, n=23	47%, n=72	18%, n=21	20%, n=22
Tasa de adherencia (% n) (p=0,6*)	98%, n=779	99%, n=363	98%, n=269	96%, n=193	97%, n=181	97%, n=152	98%, n=117	99%, n=109
Uso de IBP en altas dosis (% n) (p<0,01*)	25%, n=192	31%, n=105	98%, n=267	52%, n=102	73%, n=132	65%, n=100	22%, n=25	43%, n=44
14 días de duración de terapia (% n) (p<0,01*)	89%, n=697	98%, n=358	99%, n=273	97%, n=195	99%, n=184	100%, n=156	95%, n=105	90%, n=99
Tasa de cura por mITT en uso de altas dosis de IBP (% n) (p<0,01*)	69%, n=131	85%, n=88	88%, n=236	83%, n=85	93%, n=123	97%, n=97	72%, n=18	77%, n=34
Tasa de cura por mITT ante 14 días de duración de terapia (% n) (p<0,01*)	77%, n=530	91%, n=322	88%, n=241	88%, n=171	87%, n=159	95%, n=148	78%, n=81	77%, n=75
Uso de IBP en altas dosis y 14 días de duración de terapia (% n) (p<0,01*)	23%, n=185	26%, n=96	99%, n=266	49%, n=98	71%, n=131	64%, n=100	21%, n=25	37%, n=40
Tasa de cura por mITT ante uso de altas dosis de IBP y 14 días de terapia (% n) (p<0,01*)	74%, n=115	90%, n=84	89%, n=236	85%, n=83	93%, n=122	97%, n=97	72%, n=18	80%, n=32

Tabla 1. Tasas de erradicación evaluadas por análisis de intención de tratar modificado (mITT), tasas de efectos adversos, adherencia, frecuencia de uso de inhibidor de bomba de protones (IBP) en alta potencia y frecuencia de uso de 14 días de duración de terapia entre las ocho terapias más frecuentes utilizadas en primera línea del registro Hp-LATAMReg. El análisis mediante mITT se realizó evaluando exclusivamente los fracasos versus los éxitos de tratamiento, independiente de su cumplimiento.

\*Prueba de Chi-cuadrado.

\*\*C = claritromicina; A = amoxicilina; B = sales de bismuto; M = metronidazol; L = levofloxacino; Tc = tetraciclina; D = doxiciclina; Dosis altas de IBP (54 a 128 mg equivalentes de omeprazol dos veces al día) (19).

Esquema	RR de erradicación (IC 95%)	Valor p
IBP-A-C	Referencia	-
IBP-A-M-B	1,23 (1,14-1,33)	<0,01
IBP-A-C-M	1,21 (1,13-1,29)	<0,01
IBP-D-M-B	1,18 (1,09-1,28)	<0,01
IBP-A-C-B	1,08 (0,96-1,21)	0,20
IBP-Tc-M-B	1,03 (0,94-1,14)	0,52
IBP-A	1,00 (0,92-1,09)	0,95
IBP-A-L	0,98 (0,86-1,11)	0,73

Tabla 2. Modelo de Poisson multivariado ajustado por país, edad, sexo, potencia de IBP utilizada y duración del esquema de tratamiento para la evaluación de las tasas de erradicación en comparación a la terapia IBP-A-C.

\*IBP = Inhibidor de bomba de protones; C = claritromicina; A = amoxicilina; B = sales de bismuto; M = metronidazol; L = levofloxacino; Tc = tetraciclina; D = doxiciclina.; IC= intervalo de confianza; RR= riesgo relativo,



# #48 - EL DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS AUTOINMUNE ES FACTIBLE SIN LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA HEPÁTICA: COHORTE DE RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS MULTIVARIADOS

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-048>

Constanza Jara Jara<sup>1</sup>, María Jesús Fuenzalida<sup>1</sup>, Jorge Arnold Alvarez<sup>1</sup>, Belén Giacaman<sup>1</sup>, Barbara Rizzo Vicencio<sup>1</sup>, Richard Martínez<sup>1</sup>, Manuel Barrera Oñate<sup>1</sup>, Rodrigo Olivares Alvarez<sup>1</sup>, Oscar Corsi Sotelo<sup>1</sup>, Manuel Jaramillo González<sup>1</sup>, Alejandro Navarrete Silva<sup>1</sup>, Fernando Román Ortega<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Marco Arrese Jiménez<sup>1</sup>, Roberto Andrés Candia Balboa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La Hepatitis Autoinmune (HAI) es una condición frecuente en nuestro país y una de las principales causas de cirrosis. Para su diagnóstico y posterior tratamiento, múltiples guías clínicas exigen una biopsia hepática confirmatoria, sin embargo, este procedimiento se asocia a costos y no está exento de eventos adversos graves. **Objetivo:** Detectar un subgrupo de pacientes con HAI cuyo diagnóstico pueda ser realizado con criterios clínicos y de laboratorio no invasivos, sin biopsia hepática. **Métodos:** Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos sometidos a biopsia hepática entre los años 2010-2019 en la Red UC-Christus. Se incluyeron pacientes con primera biopsia por estudio de hepatitis y/o colestasia, aguda o crónica. Se excluyeron pacientes con datos incompletos, seguimiento <6 meses y biopsias post trasplante hepático. El estándar de oro para el diagnóstico definitivo fue un seguimiento mínimo de 6 meses y los criterios clásicos propuestos por el grupo internacional de HAI en 1999. Los factores asociados a HAI fueron identificados usando análisis univariado y multivariado mediante regresión logística. Se calculó sensibilidad, especificidad y valores predictivos para reglas diagnósticas no invasivas. **Resultados:** Se incluyeron 314 pacientes, con un seguimiento medio de 9.8 años (IQR 4.3-12.5 años), 74.5% fue sexo femenino, 27.1% tenía HAI, 28% MASLD, 10.5% hepatitis B o C, 15.9% colangitis biliar primaria, 10.5% otros diagnósticos (DILI, amiloidosis, hemocromatosis, hepatitis alcohólica (OH), sarcoidosis, tuberculosis, enfermedad celiaca, colangitis esclerosante, enfermedad injerto-huésped), 8% hallazgos inespecíficos y recuperación espontánea. En el 33.1% de los casos la biopsia no fue concluyente. En el análisis univariado, el sexo femenino, títulos altos de ANA o ASMA, niveles altos de inmunoglobulina G (IgG), el Factor R y la ausencia de sobrepeso-obesidad o resistencia a insulina, se asociaron a HAI. Ningún paciente con marcadores virales (+) o consumo excesivo de OH tuvo HAI (tabla1). En el análisis multivariado el sexo femenino, la ausencia de resistencia insulina, los títulos altos de ANA/ASMA, los niveles elevados de IgG y un Factor R >2 (patrón mixto o hepatitis) se asociaron independientemente a HAI (tabla 2). Usando como estrategia diagnóstica una historia negativa para consumo excesivo de OH, marcadores de hepatitis virales negativos, niveles de IgG  $\geq 1.1$  veces el límite superior del valor normal, títulos de ANA o ASMA  $\geq 1/160$  y un Factor R >2 (patrón mixto o hepatitis), logramos una especificidad de 99.5% y un valor predictivo positivo de 96.2% para el diagnóstico de HAI, con una sensibilidad de 30%. En este subgrupo la biopsia podría ser evitada. De acuerdo con el análisis multivariado, mientras mayores son los niveles de IgG, los títulos de ANA/ASMA o el Factor R, mayor es la probabilidad de HAI, aumentando la potencia de la regla diagnóstica en términos de especificidad. **Conclusión:** En un subgrupo de pacientes seleccionados, el diagnóstico de HAI podría ser realizado con alta precisión usando sólo marcadores no invasivos. En nuestra cohorte, esta regla evitaría la necesidad de una biopsia hepática en el 30% de los casos con HAI. Estos hallazgos deben ser confirmados con una cohorte de validación.



	Hepatitis autoinmune n=85	Otras hepatitis n= 229	Valor p
Edad (años), media (DE)	48.2 (15.2)	48.1 (13)	0.987
Sexo (femenino) n (%)	81 (95.3%)	153 (67%)	<.0001
Sobrepeso – Obesidad n (%)	37 (43.5%)	130 (56.8%)	0.037
HTA n (%)	21 (24.7%)	71 (31%)	0.276
Dislipidemia n (%)	11 (12.9%)	45 (19.6%)	0.168
Resistencia insulina n (%)	11 (12.9%)	63 (27.5%)	0.007
Diabetes tipo 2 n (%)	7 (8.2%)	33 (14.4%)	0.145
Enfermedad autoinmune, n (%)	21 (24.7%)	40 (17.5%)	0.15
Consumo excesivo de OH n (%)	0 (0%)	23 (10%)	<.0001
Hepatitis/colestasia crónica n (%)	77 (90.6%)	207 (90.4%)	0.958
Hepatitis viral (VHB o VHC) n (%)	0 (%)	34 (14.8%)	0.0002
ANA (título), mediana (IQR)	1/160 (Negativo – 1/640)	Negativo (Negativo – 1/80)	<.0001
ASMA (título), mediana (IQR)	1/40 (Negativo – 1/80)	Negativo (Negativo-Negativo)	0.0002
IgG (veces sobre el Valor Normal), mediana (IQR)	1.14 (0.94 – 1.58)	0.6 (0.5 - 0.90)	<.0001
SGPT (veces sobre el Valor Normal), mediana (IQR)	8.3 (3.6 – 30.1)	2.3 (1.4 – 4.8)	<.0001
Factor R, mediana (IQR)	4.9 (1.8 – 19.7)	1.7 (1.01 – 3.6)	<.0001
<b>Patrón</b>			<.0001
Hepatitis	40 (47.1%)	36 (15.7%)	
Mixto	17 (20%)	62 (27.1%)	
Colestásico	28 (32.9%)	131 (57.2%)	

Tabla 1. Análisis univariado



	OR	Intervalo de Confianza 95%		Test estadístico	Valor p
<b>Edad</b>	0.99	0.97	1.02	0.161	0.688
<b>Sexo (femenino)</b>	14.6	2.93	73.3	10.67	0.0011
<b>Sobrepeso-Obesidad</b>	0.78	0.36	1.71	0.385	0.535
<b>Resistencia Insulina</b>	0.32	0.11	0.92	4.482	0.034
<b>ANA o ASMA</b>				13.1	0.004
<b>Negativo</b>	ref.	-	-		
<b>1/40</b>	1.99	0.55	7.22		
<b>1/80</b>	1.71	0.41	7.06		
<b>≥ 1/160</b>	4.67	2.01	10.88		
<b>IgG (veces sobre el Valor Normal)</b>				35.86	<.0001
<b>Normal</b>	ref.	-	-		
<b>1 a 1.09</b>	2.37	0.86	6.47		
<b>1.1 a 1.19</b>	4.49	1.41	14.27		
<b>1.2 a 1.29</b>	16.14	2.66	97.9		
<b>≥ 1.3</b>	46.3	11.4	188.3		
<b>Patrón pruebas hepáticas</b>				15.41	0.0005
<b>Colestásico vs Hepatitis</b>	0.18	0.08	0.45		
<b>Mixto vs Colestásico</b>	2.97	1.15	7.67		
<b>Hepatitis vs Colestásico</b>	6.18	2.47	15.5		
Estadístico c: 90%					

**Tabla 2.** Análisis multivariado. En pacientes con marcadores virales negativos y ausencia de consumo excesivo de alcohol, el sexo femenino, títulos altos de autoanticuerpos y niveles elevados de IgG se asociaron en forma independiente al diagnóstico de HAI. A mayores niveles de IgG, ANA o ASMA y factor R, mayor es la asociación con HAI. La edad, el antecedente de sobrepeso u obesidad, hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 y padecer otra enfermedad autoinmune no se asociaron a HAI.



## #49 - PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA POR TEST DE UREASA EN PACIENTES DE 2 CENTROS DE LA CUARTA REGIÓN ENTRE Y SEPTIEMBRE 2024

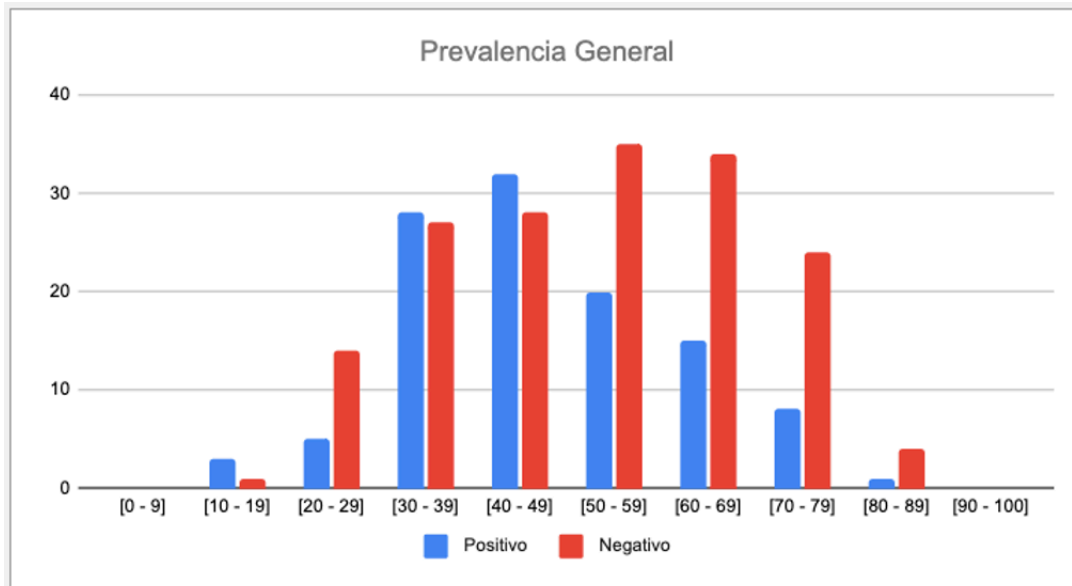
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-049>

Paula Andrea Soza Torres<sup>1</sup>, Camila Fernanda Novoa Silva<sup>1</sup>, Vicente Antonio Morales Flores<sup>1</sup>, Christine Mehr Marchant<sup>1</sup>, Gonzalo Leal González<sup>2</sup>, Carlos Gustavo Bresky Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Finis Terrae, <sup>2</sup>Centro Médico Mediterráneo.

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* es un problema sanitario a nivel mundial, por su asociación a enfermedades de la mucosa gástrica como el cáncer gástrico, que corresponde a la primera causa de muerte por cáncer en hombres en Chile, donde alrededor del 70% de la población tiene marcadores como IgG positivos. **Objetivo:** Estudio observacional, prospectivo que evalúa la prevalencia de *Helicobacter pylori* determinada por test de ureasa realizados en 2 centros endoscópicos en la cuarta región entre enero y septiembre 2024. **Métodos:** El criterio de inclusión fue todo paciente mayor de 15 años que acuden a endoscopia digestiva alta por primera vez y se excluyó a pacientes que recibieron inhibidores de bomba de protones, bismuto o antibióticos en las últimas cuatro semanas. Se realizó un test de detección de *Helicobacter pylori* mediante test de ureasa *Sensibacter pylori* test. Se tomó 1 muestra de antro. Se evaluaron 432 pacientes. **Resultados:** La presencia de *Helicobacter pylori* se encontró en un 42,9% de los pacientes evaluados. La presencia fue de un 40.1% para mujeres y 48.3% en hombres. La presencia fue de un 50% en pacientes entre 20-50 años y de un 41% en mayores de 50 años. **Conclusiones:** El riesgo de ser portador de *Helicobacter pylori* es mayor en personas menores de 50 años en comparación con las mayores de 50 años, por lo que la edad podría influir en la prevalencia del riesgo de infección por *Helicobacter pylori*.

FIGURA 1. Test de ureasa positivos y negativos según rango etario.



# #50 - IDENTIFICACIÓN DE LA EXPRESIÓN ABERRANTE DE P53 POR INMUNOHISTOQUÍMICA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT: RESULTADOS PREELIMINARES DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CHILENO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-050>

Renato Francisco Palma Fernández<sup>1</sup>, José Miguel González Torres<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>1</sup>, Paula Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Antonio Espino Espino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El aumento en el diagnóstico de Esófago de Barrett (EB) en nuestro medio junto con el alza sostenida en la incidencia de adenocarcinoma esofágico (ACE) en occidente han llevado a la búsqueda de nuevas estrategias para la identificación precoz de grupos de mayor riesgo clínico. En este contexto, la evaluación y detección de p53 aberrante por inmunohistoquímica (p53-IHQ) en biopsias esofágicas ha demostrado asociarse a mayor riesgo de progresión entre los distintos estadios de displasia y mayor progresión a ACE. **Objetivos:** Evaluar la expresión aberrante de p53-IHQ en biopsias de pacientes con esófago de Barrett al momento del diagnóstico histológico. Comparar las características clínicas, endoscópicas e histológicas entre los pacientes diagnosticados con displasia en cualquiera de sus grados (EB-D) y aquellos con EB sin displasia (EB-ND). **Métodos:** Estudio observacional, de cohorte prospectiva, centro único, en pacientes con sospecha endoscópica y confirmación histológica de EB, evaluados con técnica de inmunohistoquímica para determinar la expresión aberrante de p53. Se incluyeron pacientes evaluados en la red salud UC Christus (Santiago, Chile), entre enero 2023 y julio 2024. Se incluyeron datos demográficos, clínicos, endoscópicos e histológicos. Se excluyeron pacientes sin seguimiento en centros de la Red UC Christus, biopsias no concluyentes de EB, antecedentes de EB sometidos a terapia de erradicación previa, menores de 18 años y sin disponibilidad de acceso a datos clínico-epidemiológicos. **Resultados:** Se analizaron 28 casos. El promedio de edad fue 59,1 años, predominando el sexo masculino (60,7%). El IMC promedio fue 30,2 kg/m<sup>2</sup>. Un 25% presentaba antecedente de tabaquismo y el 10,7% un consumo excesivo de alcohol. Un 71,4% presentó uso de Inhibidor de bomba de protones (IBP) por al menos un año antes del diagnóstico. La representación de casos de EB-D y EB-ND fue del 29,6 y 71,4 %, respectivamente. Endoscópicamente, un 71,4% presentó un EB mayor a 3 cm. Una lesión endoscópicamente visible (LEV) se presentó en un 21,4%. La expresión aberrante de p53 se registró en un 37,5% en el grupo con EB-D; mientras que en el grupo EB-ND fue del 5% ( $p < 0.05$ ). La población de pacientes con EB y expresión aberrante de p53-IHQ fue significativamente más joven que los pacientes con expresión wild-type ( $p < 0.05$ ). **Conclusiones:** La expresión aberrante de p53-IHQ fue significativamente más frecuente en pacientes con EB-D versus aquellos con EB-ND al momento del diagnóstico; sin embargo, en ausencia de displasia aún existe un 5% de aberrancia p53. Los pacientes que expresaron p53-IHQ aberrante fueron significativamente más jóvenes. Lo anterior, sumado a las características clínico-imagenológicas, deberían promover estrategias que incorporen este biomarcador para optimizar el seguimiento y tratamiento en pacientes con EB, considerando su aplicabilidad desde estadios precoces de la enfermedad incluyendo a la población más joven menor de 50 años.



**Tabla 1. Características sociodemográficas y endoscópicas de los pacientes con Esófago de Barrett evaluados con inmunohistoquímica para p53 durante enero 2023 y julio 2024**

Categoría	Total (n =28)	EB-ND (n=20)	EB-D (n= 8)
Edad (DS)	59,1 (13.7)	62,1 (11)	51 (17.7)
Hombre	17 (60,7%)	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Mujer	11 (39,3%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)
IMC (kg/m2) (DS)	30,2 (5.2)	30 (2.3)	30,6 (9.4)
Alcohol <sup>a</sup>	3 (10.7%)	3 (100%)	0
Tabaco <sup>b</sup>	7 (25%)	5 (71,4%)	2 (29,6%)
Hernia Hiatal	17 (60.7%)	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Historia Familiar ACE/EB	0	0	0
IBP previo al diagnóstico <sup>c</sup>	20 (71.4%)	16 (80%)	4 (20%)
<b>Largo del Barrett</b>			
EB > 3 cm	20 (71,4%)	15 (75%)	5 (25%)
EB < 3 cm	8 (28,6%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)
<b>LEV</b>			
LEV presente	6 (21.4%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)
LEV ausente	22 (78,6%)	15 (68,1%)	7 (21,9%)
<b>Criterios de BING</b>			
Regular	20 (71.4%)	13 (65%)	7 (35%)
irregular	8 (28.6%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)
<b>Expresión de p53-IHQ</b>			
Wild-type	24 (85.7%)	19 (79,2%)	5 (20,8%)
Aberrante	4 (14.3%)	1 (25%)	3 (75%)

ACE: adenocarcinoma esofágico. EB: esófago de Barrett. EB-ND: esófago de Barrett no displásico. EB-D: esófago de Barrett con cualquier grado de displasia. IBP: inhibidor de bomba de protones. LEV: lesión endoscópicamente visible. <sup>a</sup> Consumo excesivo de alcohol ( $\geq 2$  tragos estándar/día en mujeres/ $\geq 3$  tragos estándar/día en hombres si IMC < 30 o  $\geq 1$  y  $\geq 2$  tragos estándar/día en mujeres y hombres, respectivamente, si IMC  $\geq 30$ ) <sup>b</sup> Auto reporte por parte del paciente al menos una vez por semana <sup>c</sup> Consumo continuo al menos por un año antes del diagnóstico de EB



<b>Tabla 2. Características de los Pacientes con Esófago de Barrett (EB) evaluados con inmunohistoquímica para p53 durante enero 2023 y julio 2024</b>				
<b>Categoría</b>	<b>Total (n =28)</b>	<b>P53 Wild-type (n =24)</b>	<b>p53 Aberrante (n =4)</b>	<b>p value</b>
<b>Edad</b>	59,1	62,1	46,5	<b>0.027</b>
<b>Sexo</b>				
Hombre	17 (60,7%)	14	3	0.119
Mujer	11 (39,3%)	10	1	0.087
<b>IMC (kg/m2)</b>	30,2	30,1	33,5	0.080
<b>Alcohol<sup>a</sup></b>				
Si	3 (11%)	3	0	0.450
No	25 (89%)	21	4	
<b>Tabaco<sup>b</sup></b>				
Si	7 (25%)	7	0	0.212
No	21 (75%)	17	4	
<b>Hernia Hiatal</b>				
Si	17 (60,7%)	14	3	0.527
No	11 (39,3%)	10	1	
<b>IBP previo al diagnóstico<sup>c</sup></b>				
Si	20 (71,4%)	16	4	0.172
No	8 (28,6%)	8	0	
<b>Tipo de EB</b>				
EB-ND	20 (71,4%)	19	1	<b>0.026</b>
EB-D	8 (28,6%)	5	3	
<b>Largo del Barrett</b>				
EB > 3 cm	20 (71,4%)	17	3	0.864
EB < 3 cm	8 (28,6%)	7	1	
<b>LEV</b>				
LEV presente	6 (21,4%)	6	0	0.259
LEV ausente	22 (78,6%)	18	4	
<b>Criterios de BING</b>				
Regular	20 (71,4%)	16	4	0.172
irregular	8 (28,6%)	8	0	

ACE: adenocarcinoma esofágico. EB: esófago de Barrett. EB-ND: esófago de Barrett no displásico. EB-D: esófago de Barrett con cualquier grado de displasia. IBP: inhibidor de bomba de protones. LEV: lesión endoscópicamente visible. <sup>a</sup> Consumo excesivo de alcohol ( $\geq 2$  tragos estándar/día en mujeres/ $\geq 3$  tragos estándar/día en hombres si IMC < 30 o  $\geq 1$  y  $\geq 2$  tragos estándar/día en mujeres y hombres, respectivamente, si IMC  $\geq 30$ ) <sup>b</sup> Auto reporte por parte del paciente al menos una vez por semana <sup>c</sup> Consumo continuo al menos por un año antes del diagnóstico de EB

# #51 - CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS AUTOINMUNES Y ROL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS PARIETALES EN LA EXTENSIÓN CORPORAL DE CONDICIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS Y EL CÁNCER GÁSTRICO

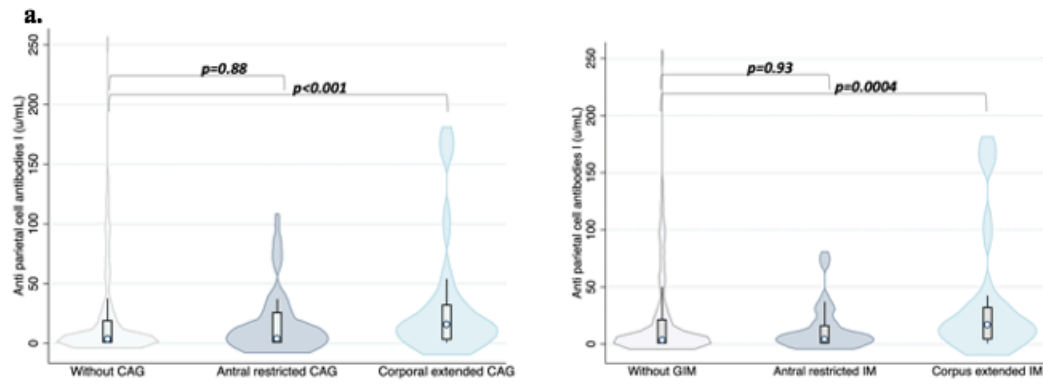
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-051>

Francisca Magdalena Martínez Venezian<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre<sup>1</sup>, Josefina Dávila<sup>1</sup>, Pilar Alvarado<sup>1</sup>, Javier Uribe<sup>1</sup>, Felipe Silva<sup>1</sup>, Margarita Pizarro<sup>1</sup>, Nancy Solís<sup>1</sup>, Patricio Medel<sup>1</sup>, Javiera Torres<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa<sup>1</sup>, José Tomás Peña<sup>1</sup>, Pablo Achurra<sup>1</sup>, Gonzalo Muñoz<sup>1</sup>, Carolina Serrano<sup>1</sup>, Carolina Bizama<sup>1</sup>, Roberto Candia<sup>1</sup>, Alberto Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas<sup>1</sup>, Shailja C. Shah<sup>2</sup>, Arnoldo Riquelme<sup>1</sup>, Alejandro Corvalán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>University of California.

**Introducción:** La gastritis crónica atrófica (GCA) y la metaplasia intestinal (MI) se consideran afecciones gástricas premalignas. La principal causa de GCA es el proceso inflamatorio crónico impulsado por la infección por *Helicobacter pylori* (Hp). Sin embargo, algunos procesos inflamatorios autoinmunes podrían relacionarse a la destrucción de las células parietales oxínticas y posterior progresión y extensión de la GCA/MI, además de un mayor riesgo de cáncer gástrico (CG). **Objetivo:** Evaluar la inflamación e inmunidad de la mucosa gástrica relacionado con la extensión corporal de la GCA/MI y el CG. **Métodos:** Estudio transversal basado en una cohorte prospectiva de 220 pacientes que acudieron a una endoscopia digestiva alta con mapeo y recolección de biopsias gástricas y se obtuvo una muestra de sangre (40 mL). Se realizaron ensayos ELISA para IgG de Hp, Pepsinógeno I y II, anticuerpos anti-células parietales (ACP) y anticuerpos anti-factor intrínseco (AFI). Se realizó una caracterización inmune de la mucosa gástrica a partir de pruebas de inmunohistoquímica (CD3, CD4, CD20, CD138) y transición a displasia (TROP2). Se compararon pacientes con presencia o ausencia de ACP/AFI circulantes luego de excluir pacientes con gastritis autoinmune (GAI). Se compararon los títulos de ACP/AFI entre el grado histológico (gastritis superficial, premalignidad y cáncer) según la prueba de Mann-Whitney y se realizaron regresiones logísticas ajustando por edad y sexo. **Resultados:** Se analizaron 121 pacientes con histología normal o gastritis crónica superficial (GCS), 74 con GCA/MI y 25 con CG. Al analizar las gastritis relacionadas con Hp (n=176), excluyendo las GAI, se observaron títulos más elevados de ACP y AFI en pacientes con GCA (60% vs. 25.6%; p<0,001) y MI (60.1% vs. 26.8 %; p<0.001) extendida al cuerpo, pero no en GCA (28.6% vs. 25.6%% p=0,91) y MI (21.2% vs. 26.8%; p=0,52) restringida al antro, con respecto a pacientes sin GCA o MI (Figura 1). En pacientes con GCA extendida al cuerpo gástrico, la presencia de ACP o AFI se asoció a un mayor grado de GCS, moderada a severa en el 66.7% vs. 23.1% (p=0,041) y una tendencia en MI extendida al cuerpo en el 62.5% vs. 20% (p=0.066), asociándose estos a inflamación activa ajustado por edad con OR 11.0 (95%CI 1.03-116). La presencia de APC/AFI se asocia independientemente a una GCS activa respecto a no activa, ajustado por edad y sexo, con un OR 2.1 (95%CI 1.2-4.0). No se observaron diferencias en la presencia de APC/AFI en los CG respecto al grado de diferenciación, y tipo intestinal o difuso (p=0.665 y p=0.278 respectivamente). **Conclusión:** Los anticuerpos ACP/AFI mostraron una asociación significativa con la extensión de la GCA y MI, en la gastritis no autoinmune relacionada con Hp. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en CG. Adicionalmente, la presencia de estos anticuerpos se asoció a un mayor grado de GCS. Estos resultados sugieren un rol de ACP y AFI como biomarcador para identificar GCA/IM de mayor riesgo y un posible rol de fenómenos en la extensión del cuerpo de GCA y MI.





**b.**

	ACP	Valor p	AFI	Valor p	ACP o AFI	Valor p
Gastritis crónica atrófica, n (%)	32 (25.6)	0.29	1 (1.9)	0.51	18 (35.3)	0.19
Sin GCA	32 (25.6)	Ref.	1 (0.8)	Ref.	32 (25.6)	Ref.
Restringido al antro	8 (28.6)	0.015	0 (0)	0.62	8 (28.6)	0.91
Extendido al cuerpo	26 (57.8)	<0.001	1 (4.4)	0.25	27 (60)	<0.001
Estadio OLGA, n (%)						
OLGA 0-I	32 (25.6)	Ref.	1 (0.8)	Ref.	32 (25.6)	Ref.
OLGA II	25 (41.7)	0.035	2 (3.3)	0.211	25 (41.7)	0.035
OLGA III-IV	9 (56.3)	0.013	1 (6.25)	0.087	10 (62.5)	0.003
Metaplasia Intestinal, n (%)						
Sin MI	34 (26.8)	Ref.	1 (0.8)	Ref.	34 (26.8)	Ref.
Restringido al antro	7 (21.2)	0.52	1 (3)	0.30	7 (21.2)	0.52
Extendido al cuerpo	19 (57.6)	0.001	1 (3)	0.30	20 (60.1)	<0.001
Adenocarcinoma gástrico, n (%)	6 (26.1)	0.86	0 (0)	0.61	6 (26.1)	0.86

ACP: Anticuerpos anti-células parietales; AFI: Anticuerpos anti-factor intrínseco; GCA: Gastritis crónica atrófica; OLGA: Operative Link for Gastritis Assessment; MI: Metaplasia intestinal.

**Figura 1:**

- a. Títulos de anticuerpos anti-células parietales (U/mL) según extensión de gastritis crónica atrófica (GCA) y metaplasia intestinal (MI) tras excluir pacientes con gastritis autoinmune y cáncer gástrico.
- b. Frecuencia de positividad de anticuerpos anti-células parietales (ACP) y anticuerpos anti-factor intrínseco (AFI) entre pacientes con gastritis crónica atrófica (CAG), metaplasia intestinal (MI) y cáncer gástrico después de excluir a los pacientes con gastritis autoinmune.



# #52 - EFICACIA Y COMPLICACIONES DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN ADULTOS MAYORES Y ADULTOS MAYORES EXTREMOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-052>

Daniela Muñoz Munizaga<sup>1</sup>, Paulina Toledo Arancibia<sup>1</sup>, Daniela Simian Marin<sup>1</sup>, Mirian Chacón Acuña<sup>1</sup>, Ignacia Villarroel Piedra<sup>1</sup>, Pablo Muñoz Dimitrov<sup>1</sup>, Cristian Montenegro Urbina<sup>1</sup>, Carla Mancilla Asencio<sup>1</sup>, Zoltan Berger Fleiszig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Introducción:** El envejecimiento de la población ha aumentado la prevalencia de enfermedades bilio-pancreáticas en adultos mayores. La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es una alternativa terapéutica menos invasiva que la cirugía, aunque con riesgos potenciales. La CPRE ha demostrado ser segura en adultos mayores en comparación con pacientes jóvenes, pero los datos sobre su seguridad en adultos mayores extremos son limitados. La técnica rendez-vous podría ser más segura, pero requiere una evaluación comparativa con la CPRE tradicional. **Objetivo:** Describir la eficacia y complicaciones de la CPRE en adultos mayores (60-84 años) y mayores extremos ( $\geq 85$  años), comparando las técnicas rendez-vous y CPRE tradicional. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo, analfítico de pacientes  $\geq 60$  años que se sometieron a CPRE en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre enero 2018 y octubre 2023. Los pacientes se dividieron en dos grupos: A (60-84 años) y B ( $\geq 85$  años). Para la comparación de grupos se utilizó  $\chi^2$ , considerando un valor  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. **Resultados:** De 1012 pacientes sometidos a CPRE, se analizaron 472 tras excluir a 455  $< 60$  años y 85 por criterios de exclusión (registros incompletos, trasplante hepático, anatomía biliodigestiva alterada). Se dividieron en los grupos descritos: A (n=406) y B (n=66). En ambos grupos predominó el sexo femenino (60% vs. 62%). Los procedimientos electivos fueron más comunes en el grupo A (58%), mientras que en el grupo B predominaron los procedimientos de urgencia (68%),  $p=0.001$ . La coledocolitiasis fue la indicación más frecuente en ambos grupos (68% vs. 69%). El grupo B presentó una mayor prevalencia de comorbilidades como la hipertensión arterial (86% vs. 63%,  $p<0.001$ ) y divertículos periampulares (26% vs. 12%,  $p=0.004$ ). A pesar de estas diferencias, no hubo variaciones significativas en la dificultad de canulación ni en las complicaciones asociadas. La eficacia de la CPRE, medida por la canulación profunda del conducto biliar, fue alta y similar en ambos grupos (94% en el grupo A vs. 96% en el grupo B), con tasas comparables de éxito terapéutico (91% vs. 90%). El 94% de los procedimientos se realizó bajo anestesia general, sin diferencias relevantes en las complicaciones asociadas a la sedación. Al comparar las técnicas de CPRE en el Grupo B ( $\geq 85$  años), la técnica rendez-vous logró un éxito y efectividad del 100%, ligeramente superior a la CPRE tradicional (96% y 90% respectivamente). Aunque la CPRE tradicional presentó más casos de canulación difícil (21% vs. 0%,  $p=0.036$ ), la técnica rendez-vous estuvo asociada con una mayor incidencia de complicaciones graves, como pancreatitis (11% vs. 0%,  $p=0.019$ ) y mortalidad (11% vs. 0%,  $p=0.019$ ). **Conclusión:** La CPRE es segura en adultos mayores extremos mostrando resultados similares a los adultos mayores más jóvenes, a pesar de presentar más comorbilidades y mayor prevalencia de divertículos periampulares. Sin embargo, en este subgrupo, la técnica rendez-vous presentó un mayor riesgo de complicaciones graves, como pancreatitis y mortalidad, en comparación con la CPRE tradicional. Por lo tanto, es crucial realizar una evaluación cuidadosa de la técnica a utilizar en pacientes extremadamente vulnerables.



**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes sometidos a CPRE según grupo etario.**

	Total N = 472 (%)	Grupo A 60 – 84 años n = 406 (86%)	Grupo B ≥ 85 años n = 66 (14%)	Valor p
Sexo Femenino (n;%)	268 (57)	230 (57)	38 (58)	0.834
Edad	74 (60 – 99)	71 (60 – 84)	87 (85 – 99)	< 0.001
Tipo de CPRE (n;%)				
Tradicional	300 (69)	252 (62)	48 (73)	0.095
Rendez Vous	172 (36)	154 (38)	18 (27)	
Procedimiento (n;%)				
Electivo	240 (51)	219 (54)	21 (32)	0.001
Urgencia	230 (49)	185 (46)	45 (68)	
Comorbilidades (n;%)				
Hipertensión arterial	311 (66)	254 (63)	57 (86)	< 0.001
Obesidad	45 (10)	42 (10)	3 (5)	0.137
Diabete Mellitus	133 (28)	116 (29)	17 (26)	0.637
Cirrosis hepática	22 (5)	21 (5)	1 (2)	0.191
Cardiopatía coronaria	23 (5)	20 (5)	3 (5)	0.894
ERC	15 (3)	10 (2)	5 (8)	0.028
Otra	155 (33)	133 (33)	22 (33)	0.927
Ninguna	59 (12)	58 (14)	1 (2)	0.004
Indicación CPRE	338 (72)	290 (71)	48 (73)	0.828
Coledocolitiasis demostrada				
Sospecha coledocolitiasis	53 (11)	45 (11)	8 (12)	0.804
Colangitis				
Litiasis pancreática	93 (20)	71 (17)	22 (33)	0.003
Litiasis intrahepática	2 (0.4)	2 (0.5)	0 (0)	0.568
Ampuloma	3 (0.6)	3 (0.7)	0 (0)	0.484
Cáncer bilio pancreático	4 (0.8)	3 (0.7)	1 (2)	0.523
Estenosis biliar	21 (4)	17 (4)	4 (6)	0.494
Ictericia en estudio	12 (3)	11 (3)	1 (2)	0.568
Fístula biliar	10 (2)	10 (2)	0 (0)	0.197
Pancreatitis crónica	8 (2)	8 (2)	0 (0)	0.250
Otra	2 (0.4)	2 (0.5)	0 (0)	0.568
	51 (11)	41 (10)	10 (15)	0.220
Canulación difícil	80 (17)	70 (17)	10 (15)	0.675
Divertículos duodenales periampulares	67 (14)	50 (12)	17 (26)	0.004
Tipo de sedación				
Profunda, sin necesidad de intubación orotraqueal	29 (6)	26 (6)	4 (6)	0.964
Profunda, con necesidad de intubación orotraqueal	440 (94)	378 (94)	62 (94)	
Complicaciones asociadas a la sedación	4 (0.8)	3 (0.7)	1 (2)	0.528
Efectividad de la CPRE	452 (96)	388 (96)	64 (97)	0.600
Éxito terapéutico de la CPRE	439 (93)	378 (93)	60 (92)	0.841
Complicación	43 (9)	35 (9)	8 (12)	0.359
Pancreatitis	12 (3)	10 (2)	2 (3)	0.786
Sangrado	20 (4)	15 (4)	5 (8)	0.147
Perforación	2 (0.4)	2 (0.5)	0 (0)	0.568
Colangitis	5 (1)	5 (1)	0 (0)	0.365
Bacteremia	8 (2)	7 (2)	1 (2)	0.903
Otra complicación	14 (3)	35 (9)	8 (12)	0.454
Muerte	7 (2)	5 (1)	2 (3)	0.265



Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas del grupo B ( $\geq 85$ años) según tipo de CPRE.			
Grupo B $\geq 85$ años	Rendez Vous n = 18 (%)	Tradicional n = 48 (%)	Valor p
<b>Sexo (n;%)</b>			
Femenino	8 (47)	30 (63)	0.267
Masculino	9 (53)	18 (37)	
<b>Edad</b>	87 (85 – 91)	88 (85 – 99)	0.190
<b>Procedimiento (n;%)</b>			
Electivo	4 (22)	17 (55)	0.305
Urgencia	14 (78)	31 (65)	
<b>Comorbilidades (n;%)</b>			
Hipertensión arterial	16 (89)	41 (85)	0.714
Obesidad	1 (6)	2 (4)	0.809
Diabete Mellitus	7 (34)	10 (21)	0.135
Cirrosis hepática	0 (0)	1 (2)	0.537
Cardiopatía coronaria	0 (0)	3 (6)	0.278
ERC	2 (11)	3 (6)	0.506
Otra	3 (17)	19 (40)	0.079
Ninguna	0 (0)	1 (2)	0.537
<b>Duración de la CPRE</b>			
$\leq 45$ minutos	11 (61)	16 (33)	0.123
$> 45$ minutos	4 (22)	19 (40)	
No descrito	3 (17)	13 (27)	
<b>Canulación difícil</b>	0 (0)	10 (21)	<b>0.036</b>
<b>Precorte</b>	0 (0)	6 (13)	0.116
<b>Esfinteroplastia</b>	4 (22)	11 (23)	0.952
<b>Canulación del conducto de Wirsung</b>	0 (0)	8 (17)	<b>0.062</b>
<b>Contraste del conducto de Wirsung</b>	0 (0)	1 (2)	0.537
<b>Divertículos duodenales periampulares</b>	4 (22)	13 (27)	0.688
<b>Efectividad de la CPRE</b>	18 (100)	46 (96)	0.379
<b>Éxito terapéutico de la CPRE</b>	18 (100)	43 (90)	0.154
<b>Complicación</b>	4 (22)	4 (8)	0.124
<b>Tipo complicación</b>			
Pancreatitis	2 (11)	0 (0)	<b>0.019</b>
Sangrado	1 (6)	4 (8)	0.704
Bacteremia	1 (6)	0 (0)	0.100
Otra complicación	1 (6)	0 (0)	0.100
<b>Muerte</b>	2 (11)	0 (0)	<b>0.019</b>

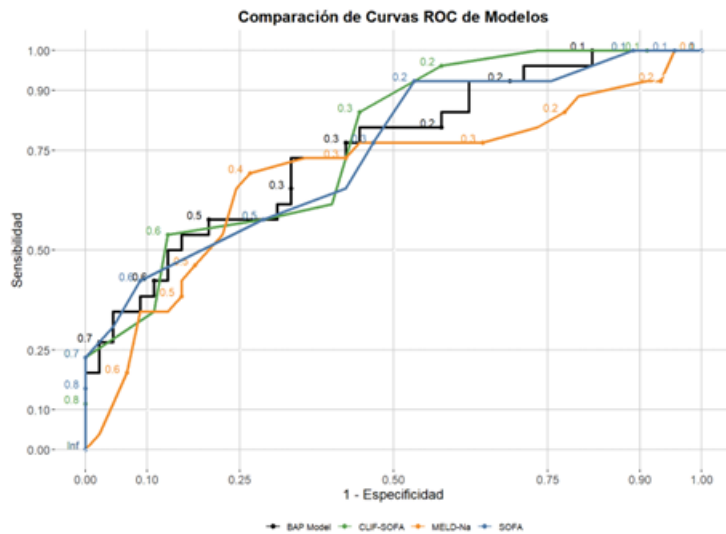
## #53 - PROPUESTA DE UN MODELO SIMPLE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD A CORTO PLAZO EN CIRRÓTICOS CON SHOCK SÉPTICO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-053>

Eduardo Villa Ugarte<sup>1</sup>, Carlos Padilla Gómez<sup>1</sup>, Juan Nicolás Medel Fernández<sup>1</sup>, Álvaro Urzua Manchego<sup>1</sup>, Juan Pablo Roblero Cum<sup>1</sup>, Jaime Poniachik Teller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Los pacientes con cirrosis y shock séptico presentan una alta mortalidad, alcanzando hasta un 40%. Actualmente, los modelos como SOFA, MELD-Na y CLIF-SOFA se utilizan para predecir desenlaces en pacientes cirróticos, pero en entornos con recursos limitados pueden resultar complejos y requieren múltiples variables. Existe la necesidad de modelos predictivos más simples que permitan una evaluación rápida y eficaz del riesgo de mortalidad en estos pacientes. **Objetivo:** Construir un modelo para predecir la mortalidad a corto plazo de pacientes cirróticos. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes cirróticos con diagnóstico de shock séptico atendidos en un hospital universitario entre los años 2017 y 2023. Se utilizó regresión logística multivariada para evaluar la relación entre las variables seleccionadas y la mortalidad a 28 días. Se ajustó un modelo con todas las variables seleccionadas, seguido de un proceso de selección de variables basado en el criterio de información de Akaike (AIC) para identificar el mejor modelo. Se generaron curvas ROC para cada modelo ajustado con el objetivo de evaluar su capacidad predictiva. El área bajo la curva (AUC) se utilizó como medida de discriminación de los modelos. **Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes. La edad promedio fue de 61 años, siendo el 57% hombres. Las principales etiologías de la cirrosis fueron alcohol (31%) y causas metabólicas (27%). La mortalidad a 28 días fue del 38%. Los factores asociados significativamente a mayor mortalidad fueron plaquetas bajas ( $p < 0.05$ ) y bilirrubina elevada ( $p < 0.01$ ). El modelo propuesto, basado en edad, bilirrubina y plaquetas (BAP, Bilirrubin-Age-Platelets), mostró un AUROC de 0.75 para predecir la mortalidad a 28 días (figura 1). Al comparar con los modelos SOFA, MELD-Na y CLIF-SOFA, el nuevo modelo mostró una capacidad predictiva similar, con la ventaja de requerir menos variables (tabla 1). **Conclusión:** El modelo propuesto (BAP) es una herramienta simple y eficaz para predecir la mortalidad a 28 días en pacientes cirróticos con shock séptico. Este enfoque simplificado podría facilitar la evaluación rápida del riesgo en estos pacientes críticos, permitiendo una mejor toma de decisiones clínicas. La validación en cohortes más grandes es necesaria para confirmar su aplicabilidad en la práctica clínica.



Modelo	AUROC
Modelo BAP	0,75
CLIF-SOFA	0,77
SOFA	0,74
Meld-Na	0,69

## #54 - PREDICTORES IMAGENOLÓGICOS DE MALIGNIDAD EN LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS Y SU CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-054>

Fernando Israel Vivanco Concha<sup>1</sup>, Nicolas Gabriel Molina Vasquez<sup>1</sup>, Nicolas Ignacio Radic González<sup>1</sup>, Giancarlo Schiappacasse Faúndes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, <sup>2</sup>Clínica Alemana.

**Objetivo:** Determinar el grado de concordancia diagnóstica de las lesiones quísticas pancreáticas mediante estudios de resonancia magnética (RM) e histopatología, e identificar los elementos imagenológicos que se correlacionan más significativamente con estigmas de "alto riesgo" o "preocupación" en las lesiones quísticas pancreáticas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo con pacientes mayores de 15 años que contarán con estudios histopatológicos y de RM realizados entre 2014 y 2023 en nuestra institución. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, imagenológicos y anatomopatológicos. Las variables y resultados fueron tabulados y analizados utilizando el software estadístico SPSS®. **Resultados:** Se incluyeron un total de 288 pacientes, con una mediana de edad de 53 años y una ligera predominancia del sexo femenino (53,8%). El 62,8% de los casos resultaron benignos (n=181), siendo el IPMN de bajo riesgo el más frecuente (53,8%, n=155). El 37,2% de los casos resultaron malignos (n=107), destacándose el IPMN de alto riesgo (28,1%, n=81) (Tabla 1). Los hallazgos malignos fueron más frecuentes en el sexo masculino (71% frente a 29%, p<0,05). Se observó una mayor malignidad con la edad (mediana de 66 frente a 42 años, p<0,05). La dilatación del conducto pancreático principal fue mayor en los casos malignos (4,9±2,6 mm frente a 2,3±1,2 mm, p<0,05). Asimismo, el tamaño de las lesiones malignas fue mayor (4,3±1,9 mm frente a 2,1±2,5 mm, p<0,05). Los componentes sólidos fueron más frecuentes en las lesiones malignas (91,6% frente a 1,6%) y los engrosamientos septales también fueron más comunes en los casos malignos (66,3% frente a 6,6%, p<0,05) (Tabla 2). El análisis multivariado mostró significancia en lesiones de ≥3 mm (OR 2,33 IC 95%), componente sólido/nodular (OR 1,68 IC 95%) y engrosamiento parietal/septal (OR 0,05 IC 95%) (Tabla 2). El análisis de concordancia reveló un valor predictivo positivo del 87,7% y un valor predictivo negativo del 100%, con 15 falsos negativos y 0 falsos positivos. **Conclusión:** El estudio establece el grado de concordancia diagnóstica para lesiones quísticas pancreáticas mediante resonancia magnética y proporciona una visión detallada de los elementos significativos asociados con diagnósticos malignos. Se determina el grado de concordancia diagnóstica en nuestra institución para la evaluación de lesiones quísticas pancreáticas mediante RM. Se espera que estos resultados sean de utilidad para futuros trabajos en el área.



TABLA 1

Variables	Casos (n=288)
<b>Edad (mediana) (años)</b>	53 (15-78)
<b>Sexo (n/%)</b>	
Masculino	133 (46,2%)
Femenino	155 (53,8%)
<b>Sitio de la LQP (n/%)</b>	
Cabeza	106 (36,8%)
Cuerpo	70 (24,3%)
Cola	112 (38,9%)
<b>Tamaño (cm)</b>	3,6±1,7 (1,5-11)
<b>Síntoma (n/%)</b>	
Asintomático	232 (80,6%)
Ictericia	21 (7,3%)
Baja de peso	35 (12,1%)
<b>Histopatología(n/%)</b>	
<u>IPMN de alto riesgo/maligno*</u>	81 (28,1%)
<u>Cistoadenoma mucinoso*</u>	5 (1,7%)
<u>Adenocarcinoma ductal (quístico)*</u>	21 (7,3%)
IPMN de bajo riesgo	155 (53,8%)
Cistoadenoma seroso	15 (5,2%)
TNE (quístico)	7 (2,5%)
SPEN	4 (1,4%)

Tabla 2

Variables (n=288)	Malignos (n=107) (37,2%)	Benignos (n=181) (62,8%)	Valor P	Variables	OR	IC 95%	Valor P
<b>Edad (mediana) (años)</b>	66 (24-78)	42 (15-72)	0,0001				
<b>Sexo (n/%)</b>			0,03				
Masculino (n=133)	76 (71%)	57 (31,5%)		<b>Edad</b>	1,473	0,984-1,188	0,056
Femenino (n=155)	31 (29%)	124 (68,5%)		<b>Sexo masculino</b>	0,434	0,088-3,755	0,098
<b>Síntoma (n/%)</b>			0,005	<b>Sintomáticos</b>	1,161	0,333-10,966	0,522
Asintomático (n=232)	59 (25,4%)	173 (74,6%)	0,0001	<b>Tamaño</b>	2,333	1,145-6,93	0,039
Sintomáticos (n=56)	48 (85,7%)	8 (14,3%)		<b>Componente sólido/nodular</b>	1,685	1,941-9,811	0,012
<b>Tamaño del quiste (cm)</b>	4,3±1,9	2,1±2,5	0,007	<b>Engrosamiento parietal/septal</b>	0,058	0,033-0,655	0,018
≥ 3 cm (n=162)	96 (89,7%)	66 (36,5%)	0,001	<b>Loculación</b>	0,982	0,885-1,239	0,07
< 3 cm (n=126)	11 (10,3%)	115 (63,5%)					
<b>Componente Nodular/sólido</b>	98 (91,6%)	3 (1,6%)	0,0001				
<b>Apariencia</b>			0,001				
Unilocular (n=159)	8 (7,5%)	151 (83,4%)	0,001				
Multilocular (n=129)	99 (92,5%)	30 (16,6%)					
<b>Engrosamiento parietal/septal</b>	71 (66,3%)	12 (6,6%)	0,005				
Líquido con <b>alta señal T1</b>	67 (62,6%)	105 (58%)	0,48				
<b>Dilatación del conducto pancreático principal (CPP) (mm)</b>	4,9±2,6	2,3±1,2	0,0001				
≥ 10 mm	21 (19,6%)	0 (0%)					
5-9 mm	74 (69,2%)	48 (26,5%)					
< 5 mm	12 (11,2%)	133 (73,5%)					



# #55 - PREDICCIÓN DE MANIFESTACIONES EXTRAIESTINALES EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE VARIABLES CLÍNICAS Y GENÉTICAS CON MACHINE LEARNING

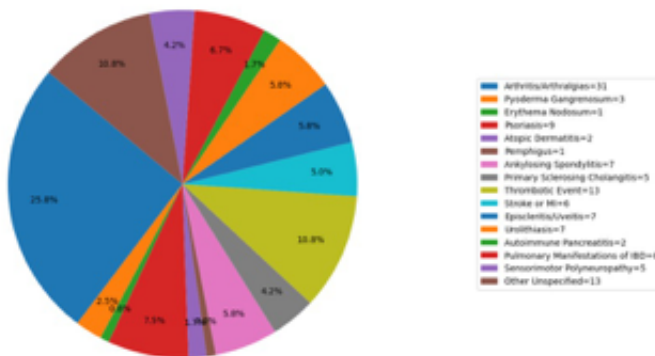
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-055>

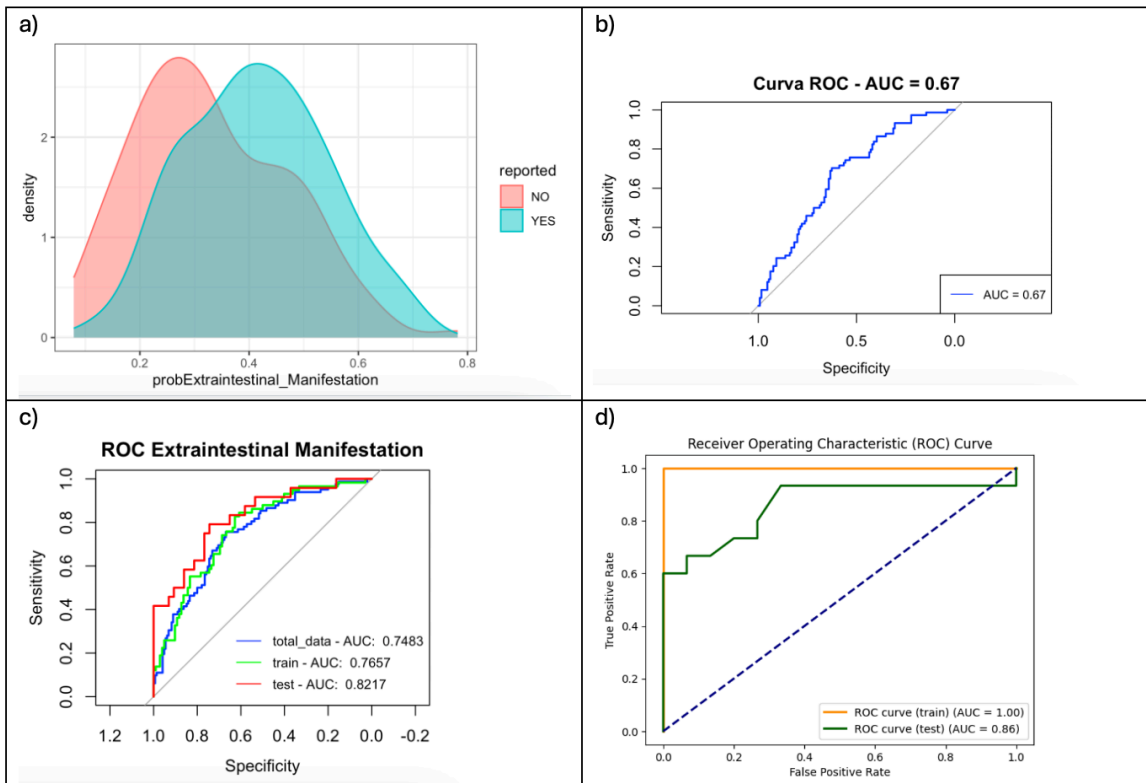
Tamara Perez Jeldres<sup>1</sup>, María Leonor Bustamante Calderon<sup>2</sup>, Cristóbal Avendaño<sup>3</sup>, Ricardo Estela<sup>4</sup>, Verónica Silva<sup>5</sup>, Nataly Aguilar<sup>3</sup>, Lorena Azocar<sup>3</sup>, Elizabeth Arriagada<sup>5</sup>, Andrés De la Vega<sup>5</sup>, Roberto Segovia<sup>3</sup>, Bárbara Riffó<sup>3</sup>, Ignacia Sepúlveda<sup>3</sup>, Javier Chahuán<sup>3</sup>, Colomba Cofre<sup>3</sup>, Carolina Pavez O<sup>3</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>3</sup>, Juan-Francisco Miquel<sup>3</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile. / Instituto Chileno Japonés de Enfermedades Digestivas, Hospital San Borja, <sup>2</sup>Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad de Chile, <sup>3</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>4</sup>Instituto Chileno Japonés de Enfermedades Digestivas, Hospital San Borja Arriaran, <sup>5</sup>Instituto Chileno Japonés de Enfermedades Digestivas, Hospital San Borja.

Antecedentes: Pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (EII) pueden desarrollar manifestaciones extraintestinales (MEI) que aumentan su morbilidad. Investigamos factores clínicos y genéticos asociados a MEI, analizando una cohorte de EII entre 2019 y 2024. Diseñamos modelos predictivos para MEI utilizando técnicas de machine learning. Métodos: Se reclutaron 414 pacientes con EII (314 con colitis ulcerosa y 100 con enfermedad de Crohn). Se evaluó la presencia de MEI y se analizó las diferencias clínicas entre los grupos con y sin MEI utilizando pruebas de Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. En un total de 227 pacientes genotipificados, se identificaron variantes genéticas asociadas a MEI y se calculó un puntaje de riesgo poligénico (PRS). Se construyeron modelos predictivos de regresión logística (RL) y Random Forest (RF). Además, se realizaron análisis de regresión univariado/multivariado para corroborar asociaciones con MEI. Resultados: Se analizaron datos clínicos de 414 pacientes, de los cuales el 29% (120) presentó MEI (Figura 1). De estos, el 69% (83) tenía colitis ulcerosa (CU). Mientras que 294 (71%) no presentaron MEI, de estos 231 (78.6%) presentaron CU. Se observaron diferencias significativas en las medianas de edad entre los grupos con y sin MEI (45 años [14-80] vs. 52 años [20-81], p-valor = 0.01), índice de masa corporal (IMC) (26 [16,-43] vs. 27 [18-45], p-valor = 0.006) y velocidad de sedimentación globular (VHS) (9 [0.5-125] vs. 10 [0.2-72], p-valor = 0.01). Dentro de las variables categóricas historia familiar de EII (p-valor=0.02) y uso de anti-TNF (p-valor=0.01) mostraron diferencias significativas. En el grupo de pacientes genotipificados, se identificaron 50 de 200 variantes genéticas asociadas a MEI, de las cuales 2 mostraron una asociación significativa con un mayor riesgo de MEI: rs44107871-TC (gen PVT1), modelo de tres genotipos; OR = 1.89, IC = 1.06-3.41, p-valor = 0.03 y rs9936833-C (gen LINC917, FENDR) modelo recesivo OR 2.29, IC = 1.16-4.55, p-valor = 0.02, modelo dominante-C OR 1.86, CI 1.01-3.49, p-valor = 0.04, modelo aditivo-CC OR =3.01, CI 1.36-6.80 (p=0.007). El PRS no fue discriminante, con AUC de 0.67 y una precisión 0.56. En contraste, los modelos RL y RF lograron diferenciar mejores grupos con y sin MEI Figura 2. Tanto en el análisis univariado como en el multivariado, se encontraron asociaciones significativas con las variables rs9936833TT (univariado: OR=0.33, IC 95%=0.15-0.74, p=0.007; multivariado: OR=0.25, IC 95%=0.10-0.61, p=0.003), el historial familiar de EII (univariado: OR=3.42, IC 95%=1.52-7.76, p=0.002; multivariado: OR=3.86, IC 95%=1.59-9.37, p=0.002), el uso de anti-TNF (univariado: OR=3.18, IC 95%=1.14-7.19, p=0.005; multivariado: OR=5.18, IC 95%=1.96-13.7, p=0.0009), edad (univariado OR:1.02, IC 95% 1.0-1.04, p=0.03, multivariado OR=1.03, IC 1.00-1.06, p=0.01). Conclusión: Un tercio de los pacientes con EII presentó MEI, similar a lo reportado. Las variantes rs9936833 (vinculada a varias MEI) y rs4410871 (asociada con colangitis esclerosante primaria), se relacionaron con mayor riesgo de MEI. Aunque el PRS mostró limitaciones, los modelos de RL y RF predijeron efectivamente MEI. Las variables como historia familiar de EII, rs9936833-CC, edad y uso de anti-TNF se asociaron significativamente con mayor riesgo.

Distribution of Extraintestinal Manifestations





**Figura 2.** Comparación de Score de riesgo Poligénico (PRS) para Manifestaciones extraintestinales con Modelos Predictivos **Regresión Logística** y **Random Forest**. A) PRS. corresponde a un gráfico de densidad de que muestra dos densidades: una en rojo para "NO" (sin manifestaciones) y otra en azul para "YES" (con manifestaciones). Se puede observar una superposición, lo que indica que no se separan completamente los dos grupos, aunque hay cierta diferencia entre las distribuciones. B) muestra el área bajo la curva para el PRS de 0.67, lo que sugiere que el modelo tiene una capacidad moderada para discriminar entre los casos positivos y negativos. C) **Modelo de regresión**, comparación de curvas ROC entre los datos completos, los datos de entrenamiento y de prueba para la predicción de manifestaciones extraintestinales. El gráfico muestra tres curvas ROC de diferentes conjuntos de datos: Azul: Datos totales con un AUC de 0.7483. Verde: Datos de entrenamiento con un AUC de 0.7657. Rojo: Datos de prueba con un AUC de 0.8217. Esto sugiere que el modelo generaliza mejor en los datos de prueba, con una mejora en el AUC. D) **Random Forest**. Se analiza una Curva ROC comparando su desempeño en los conjuntos de datos de entrenamiento y prueba. En el conjunto de entrenamiento, el AUC es de 1.00, indicando un aprendizaje perfecto y posible sobreajuste. En el conjunto de prueba, el AUC es de 0.86, mostrando un buen rendimiento fuera de los datos de entrenamiento. Los modelos de regresión y **random forest** las variables hábito tabáquico, terapia anti-TNF, historial familiar de EII, edad, IMC, edad al diagnóstico, duración de la enfermedad, niveles de hemoglobina, glóbulos blancos, plaquetas, CRP, VHS, albúmina y componentes genéticos (EUR, AMR, AFR), rs4410871, rs9936833.

# #56 - HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PREVALENCIA Y SU RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICOS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-056>

Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Ricardo Estela<sup>2</sup>, Verónica Silva<sup>2</sup>, Nataly Aguilar<sup>3</sup>, Lorena Azócar<sup>3</sup>, Roberto Segovia<sup>3</sup>, Barbara Riffo<sup>3</sup>, Ignacia Sepúlveda<sup>3</sup>, Carolina Pávez<sup>3</sup>, Javier Chahuán<sup>3</sup>, Elizabeth Arriagada<sup>2</sup>, Andrés De la Vega<sup>2</sup>, Colomba Cofre<sup>3</sup>, Roberto Candia<sup>3</sup>, Juan Francisco Miquel<sup>3</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>3</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica/Instituto Chileno Japones, <sup>2</sup>Instituto Chileno Japones, <sup>3</sup>Pontificia Universidad Católica.

**Introducción:** Los familiares de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo mayor de desarrollar esta afección en comparación con la población general. Este riesgo se incrementa significativamente en familiares de primer, segundo y tercer grado, y alrededor del 12% de los casos de EII se consideran familiares. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de historia familiar de EII (HFEII) en pacientes diagnosticados con Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis ulcerosa (CU) e identificar características clínicas asociadas a un mayor riesgo de HFEII. **Metodología:** Se reclutaron prospectivamente pacientes de un centro de referencia nacional para EII entre enero de 2019 y mayo de 2024, recopilando información clínica de 412 pacientes. Se estimó la prevalencia de HFEII, definida como la presencia de un familiar de primer grado afectado. Se compararon las características clínicas entre los grupos con y sin HFEII utilizando pruebas de chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. Las variables significativas fueron sometidas a análisis univariado y multivariado, ajustados por edad, sexo, edad al diagnóstico y tabaquismo. **Resultados:** Un total del 16% (67/412) de los pacientes presentó HFEII. En el grupo de EC la prevalencia fue del 15% (15/100), mientras que en el grupo de CU fue del 16% (52 de 314). En el grupo de EC, el tabaquismo activo se asoció significativamente a un mayor riesgo de HFEII, con un 18% de pacientes sin HFEII reportando antecedentes de tabaquismo activo frente a un 47% con HFEII ( $p = 0.03$ ). Además, se encontraron diferencias significativas en la edad de diagnóstico según la clasificación de Montreal; el grupo sin HFEII tuvo 4 (5%) en A1, 50 (60%) en A2 y 30 (35%) en A3, en comparación a 4 (26.5%) en A1, 4 (26.5%) en A2 y 7 (47%) en A3 con HFEII ( $p = 0.01$ ). En el grupo de CU, se observaron diferencias significativas en la presencia de manifestaciones extraintestinales e HFEII. Entre los pacientes con estas manifestaciones, 60 de 260 (23%) no HFEII, en contraste con 23 de 52 (44%) que sí tenían HFEII, con  $p$ -valor de 0.004. Asimismo, los antecedentes de hospitalización fueron significativamente más frecuentes en el grupo con HFEII, alcanzando un 56% (29/52) frente al 38% (98/260) en el grupo sin HFEII, con un  $p$ -valor de 0.01. La Tabla 1. muestra las asociaciones de riesgo significativas entre las variables clínicas con la HFEII para cada enfermedad. **Conclusión:** La prevalencia de HFEII en pacientes con EII fue del 16%, similar a la literatura. El tabaquismo activo en la EC se asoció significativamente a HFEII, mientras que esta relación no se observó en CU. Una edad de inicio de EC entre los 17 y 40 años se vinculó a un menor riesgo de HFEII. En el grupo de CU, las manifestaciones extraintestinales y la hospitalización fueron más prevalentes en aquellos con HFEII. La identificación de estos factores de riesgo sugiere la importancia de un enfoque familiar en la evaluación de EII y podría orientar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas. Se requieren estudios adicionales para validar estos hallazgos.



Tabla 1. Asociación entre Historia Familiar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y Factores Clínicos en Pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn

Colitis Ulcerosa (n=312)	Historia Familiar EII				P value
	No (n=260)	Si (n=52)	OR	IC	
<b>Manifestaciones Extraintestinales</b>					
No	200 (77%)	29 (56%)	REF	REF	REF
Si	60 (23%)	23 (44%)	2.47	1.34 - 4.56	0.004
<b>Hospitalización</b>					
No	162 (62%)	23 (44%)	REF	REF	REF
Si	98 (38%)	29 (56%)	1.91	1.06 - 3.46	0.03
<b>Enfermedad de Crohn (n=100)</b>	<b>No (n=85)</b>	<b>Yes (n=15)</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>P value</b>
<b>Tabaquismo</b>					
No	70 (82%)	8 (53%)	REF	REF	
Si	15 (18%)	7 (47%)	4.08	1.28 - 12	0.03
<b>Clasificación de Montreal*</b>					
A1	4 (5%)	4 (26.5%)	REF	REF	
A2	50 (60%)	4 (26.5%)	0.08	0.01 - 0.44	0.05
A3	30 (35%)	7 (47%)	0.23	0.04 - 1.16	

Clasificación de Montreal\* para la Enfermedad de Crohn respecto a la edad de diagnóstico. A1: Pacientes diagnosticados antes de los 16 años. A2: Pacientes diagnosticados entre los 17 y 40 años (inicio moderado). A3: Pacientes diagnosticados después de los 40 años, OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza. REF. Grupo de referencia



## #57 - IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNOSTICO DE POLIPOS DE COLON

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-057>

Fernando FLUXA Fluxa<sup>1</sup>, Carolina Figueroa Corona<sup>1</sup>, Jaime Lubascher Correa<sup>1</sup>, Guillermo Silva Peralta<sup>1</sup>, Pablo Muñoz Dimitrov<sup>1</sup>, Daniela Zurich Núñez<sup>1</sup>, Víctor Castro Rojas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica MEDS.

**Introducción:** El advenimiento de la inteligencia artificial para el diagnóstico de pólipos de colon ha sido motivo de controversia, siendo una herramienta que sin duda ayuda en la detección de lesiones de colon, aún debe establecerse su real utilidad e impacto en el manejo de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar el impacto en el diagnóstico del número de pólipos encontrados por colonoscopia, así como la tasa de detección de pólipos, comparando el período anterior al uso de la inteligencia artificial (IA) con un período con el uso de esta. **Material y método:** en forma retrospectiva, se consideraron procedimientos realizados entre marzo y mayo de 2023 sin IA y luego, 3 meses siguientes con el uso de IA para detección de pólipos. El primer período (sin IA) incluye 198 colonoscopias y el segundo (con IA) 403 procedimientos, en ambos se incluyen tanto pacientes de tamisaje como sintomáticos. Los grupos son comparables en edad, género y preparación de Boston. Los tiempos de retiro todos sobre 8 minutos y comparables. **Resultados:** El número de pólipos por colonoscopia aumentó de 0,49 (sin IA) en el primer período a 1,09 en el segundo (con IA), la tasa de detección de pólipos subió de 30,2% a 48,4%, ambos p menor 0,05. En todos los médicos se observó alza en sus diagnósticos, disminuyendo el rango de dispersión entre ellos. **Conclusión:** La IA en este grupo estudiado, demostró ser un aporte en mejorar el diagnóstico de lesiones polipoideas de colon, efecto favorable para todos los médicos que realizaron procedimientos. Tanto el número de pólipos por colonoscopia como la tasa de detección de pólipos aumentaron significativamente.



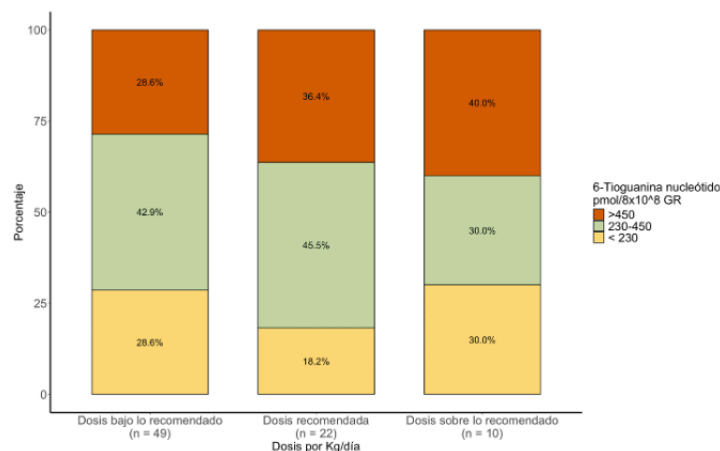
## #58 - NIVELES DE METABOLITOS DE TIOPURINAS ¿ÚTILES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

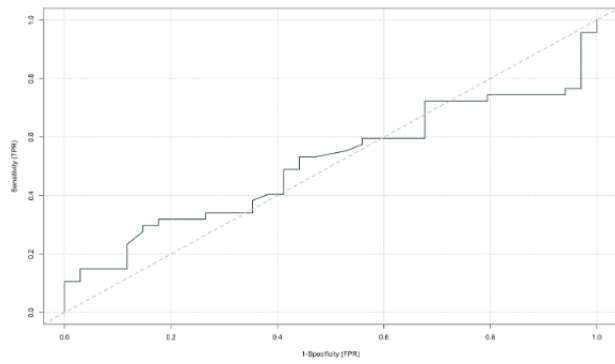
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-058>

Belén Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Francisca Grandón Romero<sup>1</sup>, Magdalena Ibacache Cortés<sup>1</sup>, Dayana Castillón Huanca<sup>2</sup>, Valeria Granzotto Del Pozzo<sup>1</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres, Carolina Pávez Ovalle<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abda<sup>1</sup>, Ignacia Sepúlveda Rodríguez<sup>1</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica, <sup>2</sup>Hospital de los Andes.

**Introducción:** El tratamiento de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) ha cambiado con incorporación de terapias biológicas; sin embargo, las tiopurinas siguen teniendo un rol relevante. La dosis recomendada de azatioprina y 6-mercaptopurina es de 2 a 2,5 mg/kg/día y de 1 a 1,5mg/kg/día, respectivamente. Existen importantes diferencias interindividuales en la respuesta terapéutica y la toxicidad a las tiopurinas que puede ser en parte explicada por amplias variaciones en su metabolismo y niveles de metabolitos en sangre. Actualmente, la medición de metabolitos de tiopurinas, 6-tioguanina nucleótido (6TGN) y 6-metilmercaptopurina (6MMP), no se realiza de rutina, sino más bien ante falla a tratamiento o toxicidad. **Objetivo:** Evaluar la utilidad clínica de la medición de metabolitos de tiopurinas, particularmente 6TGN, y su relación con la dosis administrada. **Material y Método:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EII atendidos en el Hospital Clínico UC-Christus que se han realizado medición de metabolitos de tiopurinas. Se recopilaron datos demográficos, tratamiento utilizado, niveles de metabolitos y exámenes hematológicos. Se calcularon porcentajes para variables categóricas y mediana con rango intercuartil (RIC) para variables continuas. Niveles terapéuticos de 6TGN se consideraron aquellos entre 230 y 450 pmol/8x10<sup>8</sup> glóbulos rojos (GR). Niveles bajo este valor o sobre estos valores fueron considerados, subterapéuticos y supratrapéuticos, respectivamente. Se realizó correlación de Pearson entre niveles de 6TGN y valores hematológicos. Se evaluó la capacidad de predecir niveles terapéuticos de 6TGN basado en la dosis por Kg de tiopurinas usando análisis de curva ROC. **Resultados:** De 323 pacientes con EII usuarios de tiopurinas, 81 (25%) tuvieron al menos una medición de metabolitos. La mediana de edad de este subgrupo fue 34 años (RIC: 24-51) y 37 (46%) fueron mujeres. 40 (49%) tenía EC y 72 (90%) usaban azatioprina al momento de la medición de metabolitos. La mediana de niveles de 6TGN fue 319 (RIC 224-561). Se observó una correlación positiva modesta entre niveles de 6TGN y volumen corpuscular medio (R = 0,31; p <0,01), sin correlación con otros valores hematológicos. De los 49 pacientes usando dosis por Kg bajo lo recomendado, 28% tuvo rangos subterapéuticos de 6TGN, mientras 49% tuvo niveles terapéuticos y 28% supratrapéuticos (Figura 1). Entre los 22 pacientes con dosis por Kg dentro de lo recomendado, 18% tuvo niveles de 6TGN subterapéuticos, mientras 45% tuvo niveles terapéuticos y 36% supratrapéuticos. La dosis por Kg de tiopurinas no predijo niveles terapéuticos de 6TGN (área bajo la curva ROC = 0,5; Figura 2). **Discusión:** Nuestro análisis demuestra que la alta variabilidad interindividual en el metabolismo de tiopurinas determina una pobre asociación entre la dosis por Kg de tiopurinas y la obtención de niveles terapéuticos de 6TGN, los cuales a su vez están modestamente correlacionados con valores hemáticos. Un alto porcentaje de los pacientes con EII que usan dosis por Kg bajo lo recomendado, presentan niveles terapéuticos o supratrapéuticos de 6TGN. El ajuste proactivo basado en niveles podría ser beneficioso en aumentar la efectividad y reducir la toxicidad





## #59 - IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN DETECCIÓN DE LESIONES EN SEGUNDA REVISIÓN DE COLON DERECHO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-059>

Fernando Fluxa García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica MEDS.

**Introducción:** la segunda revisión del colon derecho es ya un criterio de calidad para una colonoscopia. La literatura ha demostrado que, en esta segunda revisión, se encuentran pólipos que pueden llegar hasta en el 15% de ellas. Una mejor preparación de colon y la prolijidad del examen, seguro son factores determinantes de esta cifra. **Objetivo:** determinar el efecto de la Inteligencia artificial (IA) sobre la segunda revisión de colon derecho, con relación a lo sucedido sin IA. **Material y Método:** en forma prospectiva se tomaron 200 colonoscopias consecutivas antes del uso de IA y luego el mismo número usando apoyo de la IA. El score de Boston de colon derecho es idéntico en ambos grupos (2,72). **Resultados:** en el grupo sin IA se encontró pólipo en la segunda revisión en 11 casos (5,5%), todas lesiones menores de 5 mm. En el grupo con apoyo de IA se detectaron 3 lesiones omitidas en primera observación de colon derecho (1,5%), también todas menores de 5 mm. En todos los casos sólo se omitió 1 lesión. **Conclusiones:** la IA logra disminuir la omisión de lesiones de colon derecho en primera observación, reflejada en una disminución importante de lesiones detectadas en segunda exploración de colon. Sin embargo, persisten existiendo lesiones no visualizadas en primera exploración, por lo que la doble revisión sigue siendo necesaria.



## #60 - USO DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DE CHILE

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-060>

Carlos Andrés Valdebenito Uribe<sup>1</sup>, Basty Lucía Sanhueza Inostroza<sup>2</sup>, Belén Sylvia Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Luis Felipe Bustamante Herrera<sup>1</sup>, Armando Juvenal Sieralta Zúñiga<sup>1</sup>, Rolando Benedicto Sepúlveda Cortés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena / Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, <sup>2</sup>Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

**Introducción:** Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal anti interleukina 12 y 23, recomendado como tratamiento de primera línea o ante fracaso a terapia anti-TNF en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) moderada a grave, que ha mostrado eficacia y mejor perfil de seguridad en pacientes con fracaso a terapia anti-TNF o sin exposición a biológicos. Su uso en nuestro país es limitado por su alto costo y no está incluido en la Ley Ricarte Soto. **Objetivo:** Describir la experiencia local con ustekinumab en pacientes con EII. **Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con EII que han requerido uso de ustekinumab en nuestro centro. Se registraron variables demográficas, de la enfermedad, exposición previa a biológicos, indicación, evolución, cambios en dosificación, eventos adversos durante tratamiento con ustekinumab y evaluación de respuesta clínica según índice de mayo parcial < 2 y Harvey Bradshaw ≤ 4 puntos. **Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes que han sido tratados con ustekinumab (Tabla 1), 18 (56%) del género femenino, edad promedio 33 años (14 – 68) con 3 pacientes menores de 16 años al inicio del tratamiento. Del total de pacientes, 18 (56%) con colitis ulcerosa y 14 (44%) con enfermedad de Crohn (Tabla 2). Todos los pacientes con exposición previa a biológicos, 19 (59%) refractarios a 2 o más terapias, con un tiempo de exposición de 26,5 meses y 8,5 años de evolución de la EII en promedio. La principal indicación de ustekinumab fue fracaso a terapia biológica en 29 pacientes (91%). Mantuvieron inmunomodulador 6 pacientes (19%), 2 requirieron reducción (6%) y 4 intensificación (13%) por pérdida de respuesta. Durante el tratamiento, 8 pacientes (25%) requirieron corticoides, 5 (16%) fueron hospitalizados y 2 pacientes fueron a cirugía resectiva, una colectomía por crisis grave refractaria y una colectomía por perforación post colonoscopia quien mantiene tratamiento por enfermedad perianal. De la evolución posterior, el tiempo promedio con ustekinumab fue 18,4 meses. De los 32 pacientes, 30 (94%) mantienen tratamiento, 1 paciente cambió a otro biológico, 1 requirió colectomía de urgencia y 28 pacientes (87,5%) mantienen respuesta clínica según índices clínicos. No se reportaron eventos adversos asociados al tratamiento. **Conclusiones:** Ustekinumab es un tratamiento eficaz y seguro como terapia de segunda línea ante fracaso a otros tratamientos biológicos. Es necesario incorporar esta y otras terapias en la Ley Ricarte Soto.

<b>TABLA 1</b>	<b>N = 32 (% o rango)</b>
Edad promedio en años (rango)	33 (14 – 68)
Años promedio de EII (rango)	8,5 (1 – 26)
Género Femenino	18 (56)
Género Masculino	14 (44)
Colitis ulcerosa	18 (56)
Enfermedad de Crohn	14 (44)
Exposición previa a biológicos	32 (100)
1 anti TNF	13 (41)
2 anti TNF	16 (50)
2 anti TNF + inhibidor JAK	3 (9)
Meses promedio de exposición a biológicos (rango)	26,5 (2 – 84)
<b>Indicación de ustekinumab</b>	
Fracaso de terapia	29 (91)
Falla primaria	15 (47)
Pérdida de respuesta	14 (44)
Evento adverso a anti-TNF	3 (9)
LES inducido por anti-TNF	2 (6)
Vasculitis leucocitoclástica	1 (3)
<b>Durante mantención con ustekinumab</b>	
Uso de inmunomodulador (azatioprina)	6 (19)
Reinducción	2 (6)
Intensificación	4 (13)
Uso de corticoides	8 (25)
Hospitalización	5 (16)
Cirugía resectiva	2 (6)
Cambio de tratamiento biológico	1 (3)
Eventos adversos (RAM)	0
Meses promedio de uso de ustekinumab (rango)	18,4 (2 – 61)
<b>Evaluación del tratamiento con ustekinumab</b>	
Mantienen tratamiento con ustekinumab	30 (94)
Respuesta clínica (según Mayo parcial y H-B índex)	28 (87,5)
Actividad clínica	2 (6)
Fracaso a terapia (discontinuación)	2 (6)
Cambio de tratamiento biológico	1 (3)
Cirugía resectiva (por crisis grave refractaria)	1 (3)

TABLA 2 - Clasificación de Montreal	N (%)
<b>Colitis ulcerosa</b>	18 (100)
Proctitis	0
Colitis izquierda	4 (22)
Colitis extensa	14 (78)
<b>Enfermedad de Crohn</b>	14 (100)
A1	5 (36)
A2	8 (57)
A3	1 (7)
L1	0
L2	9 (64)
L3	4 (29)
L4	1 (7)
B1	7 (50)
B2	4 (29)
B3	3 (21)
Perianal	8 (57)



## #62 - PAPEL DE LA ENDOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-062>

Christian Andrés Dauvergne Ogaz<sup>1</sup>, Cesar José Serrano Sousa<sup>1</sup>, Pedro Errázuriz Gastellu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Padre Hurtado/ UDD, <sup>2</sup>Hospital Padre Hurtado.

**Introducción:** La enfermedad tromboembólica (ETE), trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP), tiene una prevalencia en pacientes hospitalizados de 5-15%. Se ha visto una relación entre las ETE y el cáncer. Sin embargo, un 20% de los cánceres debutan con ETE y la detección de éste aumenta en un 5% durante los 12 meses posteriores al episodio de ETE no provocada. La pesquisa activa como screening de neoplasia oculta desencadenante de ETE no ha podido demostrar efectividad. Se han intentado generar scores de predicción de riesgo, como el RIETE o SOME, sin embargo, tampoco han podido lograr rendimientos adecuados que justifiquen las indicaciones rutinarias de screening. Las guías internacionales hasta ahora recomiendan evitar un estudio muy exhaustivo, y limitarse a examen físico, test de sangre oculta en deposiciones, radiografía de tórax y evaluación urológica o ginecológica según sexo. Completando mayor estudio según se encuentre otras evidencias de cáncer oculto. **Objetivo:** Establecer la relación de hallazgos endoscópicos atribuibles como etiología primaria de enfermedad tromboembólica y determinando la necesidad de estudios endoscópicos de rutina en estos pacientes, comparando los resultados con la literatura actual. **Materiales y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, desarrollado en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en el hospital Padre Hurtado entre 01 de enero del 2023 y el 31 de agosto del 2024; que incluyen endoscopias digestivas altas y colonoscopias, durante ese periodo. **Criterios de Inclusión:** Pacientes con enfermedad tromboembólica sin etiología conocida, que se sometieron a endoscopia digestiva alta y/o colonoscopia en el Hospital padre Hurtado en el periodo señalado como estrategia de screening de cáncer. **Criterios de exclusión:** Pacientes con Endoscopia digestiva alta frustra por mala preparación o no tolerancia; pacientes con colonoscopia incompleta y pacientes que al momento de la realización del examen tengan identificado el factor etiológico de la enfermedad tromboembólica. **Resultados:** Del total de procedimientos realizados, 69 pacientes contaban con los criterios de inclusión correspondientes, en dichos pacientes se realizaron 61 endoscopias digestivas altas, 31 colonoscopias (de las cuales, 4 fueron incompletas y excluidas de los resultados finales). No se evidenciaron lesiones tumorales evidentes en ninguno de los estudios realizados. Se realizaron biopsias en 35 pacientes, resultando solo en un caso en un tumor neuroendocrino bien diferenciado a nivel gástrico. **Conclusión:** La enfermedad tromboembólica puede asociarse a una morbimortalidad significativa, para el clínico es importante establecer una causa identificable y cuando no está clara se tiende a sospechar de la existencia de un síndrome paraneoplásico. Es en este contexto donde se plantea descartar un proceso neoplásico subyacente. Aunque el cáncer ha sido claramente relacionado con el tromboembolismo venoso, muchos aspectos de esta asociación no son tan bien conocidos. El uso rutinario de estudios endoscópicos de screening pareciera no ser recomendable de forma rutinaria en estos casos, los resultados obtenidos del presente trabajo parecen respaldar esta afirmación y se correlacionan con los resultados de la literatura internacional actual, incluyendo algunas guías internacionales que optan por la no recomendación de estudios exhaustivos en estos casos y limitarse por la sospecha clínica prevalente en estos pacientes.



## #63 - EVALUACION DE LAS COMPLICACIONES DEL USO DE CATÉTER DE DRENAJE PERITONEAL TRANSITORIO PARA MANEJO DE ASCITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-063>

Juan Pablo Sánchez González<sup>1</sup>, Gerardo Andrés Arce Rivera<sup>1</sup>, Andrés Eduardo Ascencio Mercado<sup>1</sup>, Jaime Poniachik Teller<sup>1</sup>, Alvaro Urzua Manchego<sup>1</sup>, Juan Pablo Roblero Cum<sup>1</sup>, Máximo Cattaneo Butteler<sup>1</sup>, Patricio Palavecino Rubilar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La instalación de un catéter peritoneal transitorio en pacientes con ascitis por cirrosis que requieren paracentesis de alto volumen puede facilitar el manejo evitando punciones abdominales repetitivas con bajo riesgo de complicaciones. **Objetivos:** Caracterizar los pacientes y las complicaciones del uso del catéter peritoneal transitorio en el manejo de la ascitis en pacientes cirróticos hospitalizados. **Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo entre enero 2010 a julio 2023 de los catéteres transitorios instalados para el drenaje de ascitis en pacientes cirróticos hospitalizados en Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se recolectaron datos demográficos, relacionados a la etiología de la cirrosis y sus complicaciones, a la instalación del catéter y el drenaje de la ascitis. Además, se evaluaron complicaciones derivadas de la instalación como fístula, sangrado, infección y falla renal. **Resultados:** Se recolectaron datos de 270 casos en 182 pacientes, 78 (43%) mujeres. La etiología de cirrosis más frecuente fue OH (31%) seguida de MAFLD (28%), siendo la complicación más frecuente en este la ascitis refractaria (29%). La mediana de MELD-Na fue 22. La mediana de duración del catéter y de drenaje total de líquido ascítico fue de 6 días y 14 litros respectivamente. En 195 casos (72%) se drenaron más de 8 litros, con un número de paracentesis evitadas de 323. De las complicaciones, solo hubo un caso de fístula y de sangrado, 11 (4%) de infección y 58 (22%) de falla renal (tabla 1 y 2). **Conclusiones:** Se evitaron paracentesis repetidas con catéter peritoneal transitorio en un alto número de pacientes con una baja tasa de complicaciones en relación con fístula y sangrado y similar tasa de infección y falla renal según lo descrito en la literatura derivadas de su instalación y uso.

**Tabla 1. Desarrollo de complicaciones: infección.**

N = 270 pacientes	N (%)
Pacientes que desarrollan infección	11 (4)
MELD-Na (mediana; rango)	24 (15-37)
Volumen total drenado antes de 7 días	15 litros
Día al que se evidencia infección (mediana)	9 (3-23)

**Tabla 2. Desarrollo de complicaciones: falla renal**

N = 270 pacientes	N (%)
Pacientes que desarrollan falla renal	58 (22)
MELD-Na (mediana; rango)	23 (11-39)
Volumen total drenado antes de 7 días	11,5 litros
Falla renal	
-Antes de 48hrs	23 (9)
-Aumento en 50% en los 7 días	35 (13)
Requieren hemodiálisis	2 (0,7)

## #64 - USO DEL TEST DE SANGRE OCULTA INMUNOLOGICA EN DEPOSICIONES COMO HERRAMIENTA PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES REFERIDOS A COLONOSCOPIA

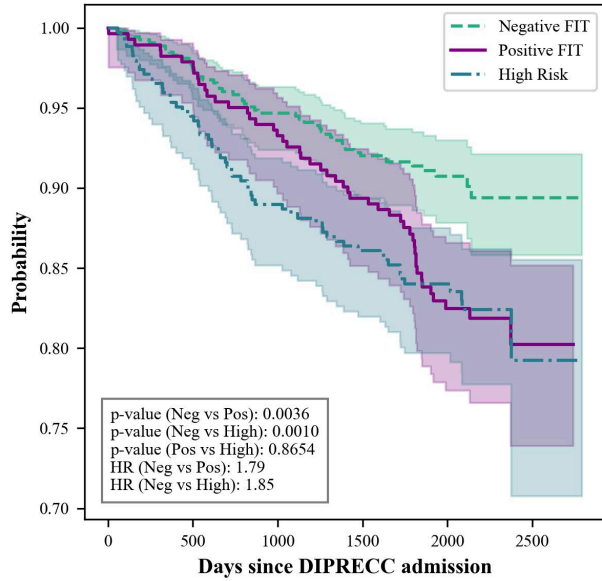
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-064>

Felipe Fernando Quezada-Díaz<sup>1</sup>, Johanna Acevedo<sup>2</sup>, Maite González<sup>2</sup>, Andrea Tello<sup>1</sup>, Richard Castillo<sup>1</sup>, Carlos Morales<sup>1</sup>, Erik Manríquez<sup>1</sup>, Felipe Mena<sup>1</sup>, Catherine Le- Bert<sup>1</sup>, Manuel Cabrerías<sup>1</sup>, Angelo Fulle<sup>1</sup>, Gonzalo Carvajal<sup>1</sup>, Pamela Briones<sup>1</sup>, Bruno Nervi<sup>1</sup>, Rodrigo Kusanovich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río, <sup>2</sup>Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) representa un grave problema de salud pública a nivel global y nacional. La mayoría de las colonoscopias (COL) en pacientes sintomáticos resultan normales, lo que contribuye a la acumulación de listas de espera. El test de sangre oculta en heces inmunológico (FIT) se ha propuesto como una herramienta de triaje para reducir COL innecesarias, mejorando la priorización de pacientes de riesgo y potencialmente impactando en la evolución de la enfermedad. **Objetivo:** Evaluar el impacto del uso de FIT sobre la mortalidad general y específica por CCR en un programa de priorización de pacientes derivados a COL. **Métodos:** Estudio retrospectivo realizado en un hospital público de Chile entre el 1 de diciembre de 2016 y el 31 de diciembre de 2019, en el marco del Programa Diagnóstico Precoz de Cáncer Colorrectal (DIPRECC). Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con síntomas sospechosos de CCR derivados por médicos generales para evaluación con COL. Se excluyeron aquellos con COL de seguimiento o que no entregaron la muestra de FIT. Los pacientes fueron categorizados en alto riesgo (AR) o medio/bajo riesgo (M/BR) según las guías NICE 2015. Los pacientes AR fueron derivados directamente a COL, mientras que a los M/BR se les realizó un FIT cualitativo, derivando prioritariamente a COL a aquellos con resultados positivos. El resultado principal fue la mortalidad general y específica por CCR, y el diagnóstico de CCR, determinado mediante registro civil, registro hospitalario de cáncer y notificaciones GES de CCR. Se utilizaron pruebas de  $\chi^2$  para variables categóricas y curvas de Kaplan-Meier para evaluar la supervivencia entre grupos. **Resultados:** Se incluyeron 1306 pacientes: 345 en el grupo AR, 282 en M/BR con FIT positivo, y 526 en M/BR con FIT negativo. Durante una mediana de 5.5 años de seguimiento, se registraron 157 muertes (13,6%), significativamente más altas en los grupos AR y M/BR FIT positivo. La mortalidad específica por CCR fue mayor en el grupo M/BR FIT positivo (3,5%) comparado con el grupo AR (1,4%), y no se registraron muertes por CCR en el grupo con FIT negativo. La mortalidad general fue mayor en los grupos AR (15,7%) y M/BR FIT positivo (13,8%) en comparación con M/BR FIT negativo (9,3%). No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes M/BR FIT positivo y AR (HR: 0,97; p = 0,8654). En el modelo de regresión de Cox multivariado, ajustado por edad y sexo, el riesgo de mortalidad fue 1,75 veces mayor en el grupo AR (HR: 1,75; IC 95%: 1,20-2,56; p = 0,04) y 1,63 veces mayor en el grupo M/BR FIT positivo (HR: 1,63; IC 95%: 1,10-2,43; p < 0,005). **Conclusión:** El uso de FIT en pacientes de riesgo M/BR de CCR se asoció con una menor mortalidad. Un resultado negativo en FIT parece tener un efecto protector, permitiendo potencialmente diferir la COL en estos pacientes. Se requieren una validación prospectiva para confirmar la eficacia de esta estrategia.





	0	512	998	1484	2070	2556
<b>Negative FIT</b>						
At risk	526	512	498	484	209	32
Censored	0	0	0	0	270	445
Events	0	14	28	42	47	49
<b>Positive FIT</b>						
At risk	282	276	263	252	174	32
Censored	0	0	0	0	61	201
Events	0	6	19	30	47	49
<b>High Risk</b>						
At risk	345	326	307	297	177	12
Censored	0	0	0	0	113	274
Events	0	19	38	48	55	59



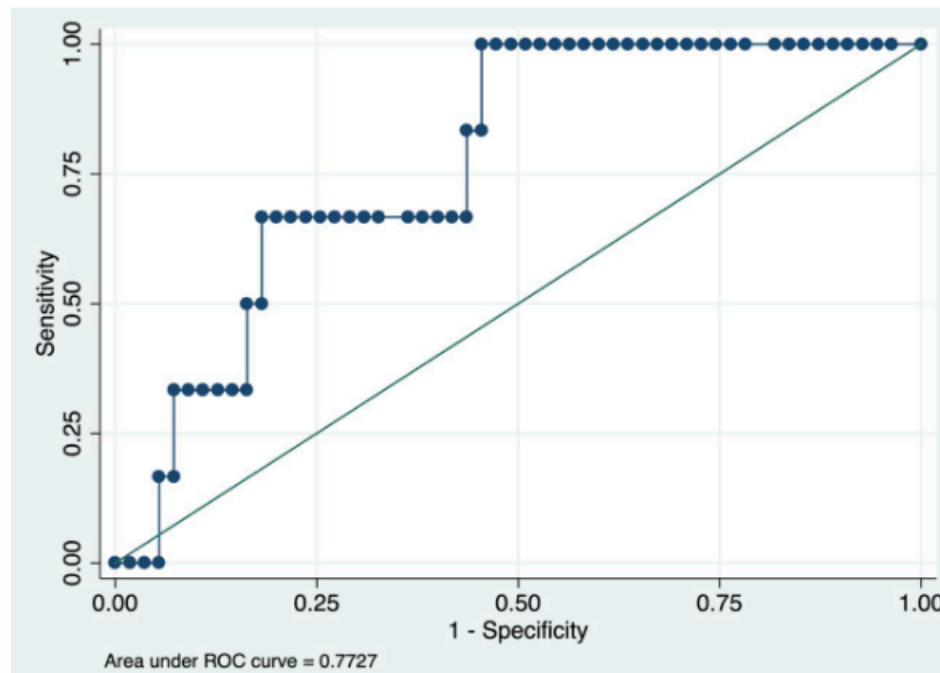
## #65 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES CON GASTRITIS AUTOINMUNE

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-065>

Sara Maquilon Tamayo<sup>1</sup>, Francisca Martínez Venezian<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Pilar Alvarado Vázquez<sup>1</sup>, Josefina Dávila Wenk<sup>1</sup>, Javiera Torres Monte<sup>1</sup>, Felipe Silva Peña<sup>1</sup>, Gabriela Bofil Brito<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La gastritis autoinmune (AIG) se caracteriza por la destrucción autoinmunitaria de células parietales gástricas, derivando a la deficiencia de hierro y vitamina B12 principalmente. Está asociada a diversas comorbilidades autoinmunes, y complicaciones como tumores neuroendocrinos (TNE) y adenocarcinoma gástrico. A pesar de su importancia clínica, la caracterización clínica e histológica es limitada en la literatura nacional existente. **Objetivos:** Caracterizar a pacientes con AIG, evaluando clínica, histopatología, síntomas asociados y comorbilidades autoinmunes. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en pacientes con AIG entre el 2014 y 2024. Se definieron como criterios diagnósticos la presencia de anticuerpos anti-células parietales (ACP) y/o anti-factor intrínseco (AFI), asociado a biopsia gástrica con atrofia corporal predominante. Se realizó una revisión histopatológica detallada recolección de datos clínicos, incluyendo síntomas, comorbilidades, niveles de vitamina B12, hierro, ferritina y gastrina. Mediante una regresión logística, se construyó una regla predictiva, comparada mediante curvas ROC, basada en niveles de gastrina y presencia de TNE. **Resultados:** Se incluyeron 132 pacientes, siendo el 81% (n=108) mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 55 años (rango: 24-83 años). Los síntomas predominantes fueron dolor abdominal (30.3% (n=40)), dispepsia (19.7% (n=26)), síntomas de reflujo (18.9% (n=25)), baja de peso (6% (n=8)), y síntomas neurológicos 12% (n=16). Un 55% (n=73) presentó al menos una comorbilidad autoinmune. El 35.6% (n=47) tenía deficiencia de vitamina B12, definida por un valor <200 pg/mL. El 30.3% (n=40) presentó repercusión clínica al diagnóstico, principalmente anemia ferropriva (16.7% (n=22)) y anemia perniciosa (10.6% (n=14)). Se observaron anticuerpos ACP positivos en el 90.2% (n=119) y AFI en el 15.9% (n=21). Se obtuvieron niveles de gastrina en 62 pacientes con una media de 683 pg/mL (IC95%: 553-843). A nivel histopatológico, se observó atrofia de las glándulas oxínticas en el 87.9% (n=116), con metaplasia intestinal corporal en el 53% (n=70) y una mediana de OLGa de II (IQR 2-2). La coinfección activa por *Helicobacter pylori* se observó en el 21.2% (n=28). Un 6% desarrollaron TNE (n=8), siendo un 62.5% (n=5) al momento del diagnóstico y un 37.5% (n=3) en el seguimiento. Se definió un valor de corte de gastrina de 450 pg/mL para los TNE con una sensibilidad y especificidad de 100% y 55% respectivamente (Figura 1). Durante el seguimiento endoscópico, no se observaron casos de displasia epitelial de alto grado o adenocarcinoma. **Conclusiones:** La AIG se presenta preferentemente en mujeres y se asocia con una alta prevalencia de comorbilidades autoinmunes. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron dispepsia y dolor abdominal, siendo la anemia ferropriva y deficiencia de B12 una de sus principales complicaciones. Si bien el hallazgo de TNE fue frecuente, no se observaron casos de displasia epitelial de alto grado o adenocarcinoma, lo cual sugiere que estos requieren una vigilancia endoscópica menos estricta, respecto a otras etiologías de gastritis crónica atrófica. Sin embargo, valores séricos elevados de gastrina podrían requerir una mayor vigilancia.



# #66 - ¿ES CONVENIENTE EXTENDER EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL SOBRE LOS 75 AÑOS? - UNA PERSPECTIVA SUDAMERICANA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-066>

Hugo Andrés Veis Navarro<sup>1</sup>, Carlos Alberto Rueda Quintero<sup>2</sup>, Diego Nicolas Vallejo Parada<sup>3</sup>, Roque Sáenz Fuenzalida<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Padre Hurtado, <sup>2</sup>Instituto Nacional del Cáncer, <sup>3</sup>Fellow Facultad Medicina Clínica Alemana-UDD, <sup>4</sup>Clínica Alemana de Santiago.

El Cáncer Colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más diagnosticado en Estados Unidos. Se puede prevenir hasta en el 90% de las muertes por esta causa con la detección precoz. Entre las opciones de tamizaje, las más utilizadas son el test de hemorragias ocultas inmunológicas (Prueba inmunoquímica fecal, FIT por sus siglas en inglés), en dos pasos y colonoscopia en un paso. Se agregan otras opciones, dependiendo del paciente y la disponibilidad, como la tomografía computada o resonancia magnética abdominopelvíana, la colonoscopia virtual, la video cápsula de colon, FIT-DNA (Cologuard®) y últimamente marcadores genéticos en sangre (Shield®). Se ha demostrado una mejor relación de diagnóstico y mortalidad por CCR gracias al diagnóstico precoz de lesiones malignas y pre-malignas junto con avances en la técnica quirúrgica y en oncología. Se ha sugerido en estos pacientes, el estudio con métodos no invasivos y realizar colonoscopia en sintomáticos o con exámenes "positivos". Ampliar el rango de edad de 50 años hasta los 45 años ha encontrado fundamento epidemiológico y en guías internacionales (United States Preventive Services Task Force) en casos de CCR precoz. Sin embargo, suspender el tamizaje en mayores de 75 años ha sido controversial. Aproximadamente la mitad de los pacientes mayores de 75 años continúan realizándose colonoscopías de tamizaje o seguimiento ya sea por interés propio o por indicación de su tratante, según su performance status, o según caso a caso. La Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) el 2023 establece "Continuar tamizaje o seguimiento post polipectomía en mayores de 75 años, basándose en riesgos, beneficios, co-morbilidades, historia del tamizaje y la decisión caso a caso". Al revisar la base de datos aportados por el Global Burden of Disease (GBD), del Institute for Health Metrics and Evaluation, obteniendo variables de edad, tiempo (entre 1990 y 2019) y la presencia de cáncer colorrectal, enfocados principalmente en cuatro países sudamericanos (Chile, Argentina, Brasil y Uruguay), los cuales han presentado un aumento en la esperanza de vida global y por ambos sexos. Junto a este aumento y el esfuerzo en mejorar el tamizaje del CCR, se ha observado un incremento en la incidencia del CCR. Específicamente, en el grupo etario sobre los 75 años, la tasa de incidencia de CCR ha aumentado entre un 21% (Uruguay) hasta un 65,6% (Chile), entre los años 1990 y 2019 (Tabla 1). Se ejemplifica la pendiente del crecimiento de la incidencia de CCR sobre los 75 años en los países estudiados (Figura 1). En este contexto, al extender la edad de tamizaje del CCR sobre los 75 años, en pacientes seleccionados, existirían potenciales beneficios en el diagnóstico precoz de CCR particularmente en este grupo etario, aumentando la sobrevida global y evitando las complicaciones propias de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y disminuyendo costos en el sistema de salud, como supone cualquier protocolo de tamizaje establecido.

FIGURA 1

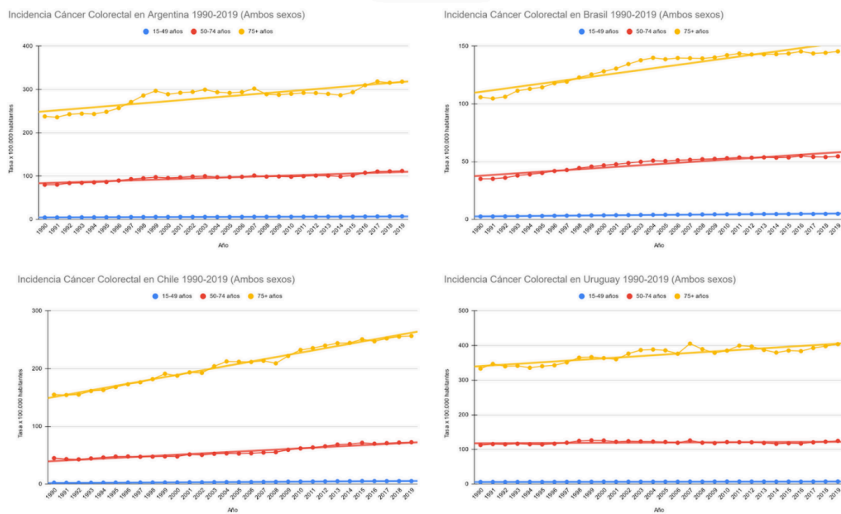


TABLA 1



TABLA 1: Tasa de Incidencia de Cáncer Colorrectal

País	Año	15-49 años			50-74 años			75+ años		
		Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos
Argentina	1990	4,78	3,89	4,33	100,82	61,81	80,01	283,3	209,27	237,8
	1999	6,26	5,01	5,63	124,65	74,28	97,68	357,22	260,81	296,83
	2009	6,76	5,4	6,07	126,64	75,29	99,3	362,58	244,09	287,71
	2019	7,87	6,22	7,04	142,45	84,85	111,92	399,55	268,6	318,08
% Variación '90-'19		64,64%	59,90%	62,59%	41,29%	37,28%	39,88%	41,03%	28,35%	33,76%
Brazil	1990	2,46	2,47	2,47	36,34	33,91	35,07	102,94	107,94	105,78
	1999	3,5	3,48	3,49	48,54	43,17	45,7	123,95	126,65	125,51
	2009	4,36	4,48	4,42	57,81	47,74	52,46	150,38	133,3	140,27
	2019	4,96	4,77	4,86	61,86	48,32	54,64	161,68	134,49	145,53
% Variación '90-'19		101,63%	93,12%	96,76%	70,23%	42,49%	55,80%	57,06%	24,60%	37,58%
Chile	1990	2,46	2,37	2,41	50,04	40,44	44,92	150,64	157,85	154,89
	1999	2,71	2,88	2,79	49,88	46,4	48,04	184,82	195,31	191,11
	2009	4,11	4,31	4,21	66,07	53,36	59,4	230,76	215,99	221,98
	2019	5,37	5,02	5,2	82,25	63,82	72,51	268,68	248,15	256,55
% Variación '90-'19		118,29%	111,81%	115,77%	64,37%	57,81%	61,42%	78,36%	57,21%	65,63%
Uruguay	1990	6,02	5,99	6	131,33	96,5	112,73	352,87	321,64	333,4
	1999	6,88	6,38	6,63	152,28	103,93	126,22	393,07	351,12	366,73
	2009	7,36	6,91	7,14	146,58	94,12	118,29	434,84	346,81	378,73
	2019	7,91	7,07	7,49	151	101,85	124,58	473,89	364,49	403,96
% Variación '90-'19		31,40%	18,03%	24,83%	14,98%	5,54%	10,51%	34,30%	13,32%	21,16%



# #67 - IMPACTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LOS NIVELES DE TRANSAMINASAS EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO CHILEMED

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-067>

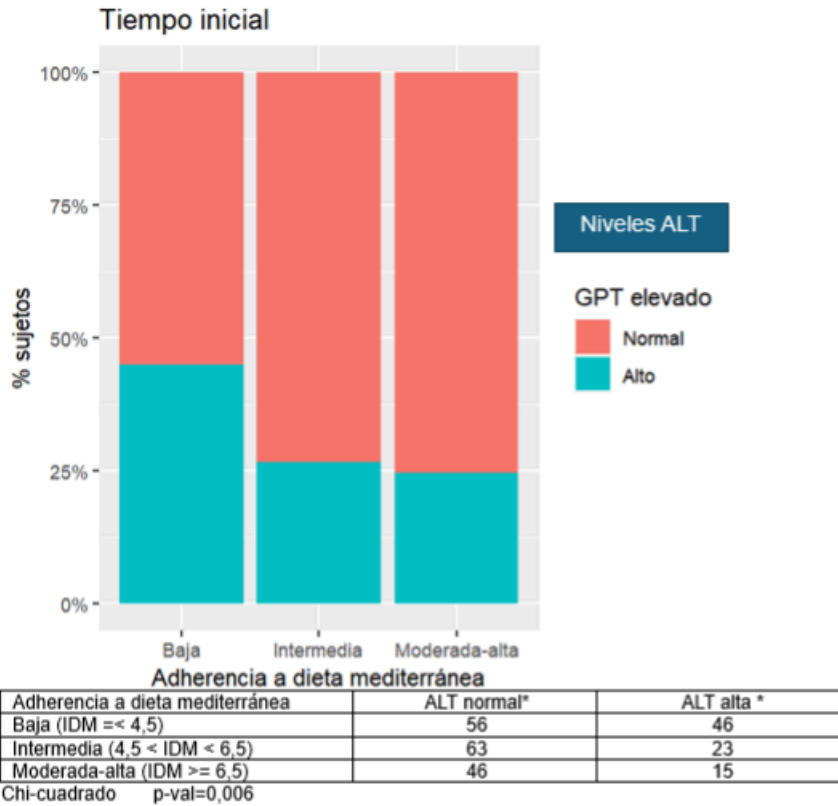
Richard Martínez Ruiz<sup>1</sup>, Loni Berkowitz Fiebich<sup>2</sup>, Mariana Calzada<sup>2</sup>, Barbara Samith<sup>2</sup>, Victoria Pinto<sup>1</sup>, Daniela Sara<sup>1</sup>, Ximena Martínez<sup>1</sup>, Andrea von Schultendorff<sup>1</sup>, Nuria Pedrals<sup>1</sup>, Marcela Bitran<sup>1</sup>, Guadalupe Echeverría<sup>2</sup>, Francisco Barrera Martínez<sup>1</sup>, Attilio Rigotti Rivera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica, <sup>2</sup>Centro de Nutrición, Molecular y Enfermedades Crónicas, Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) es actualmente la enfermedad hepática crónica más prevalente, afectando al 39% de la población chilena. El síndrome metabólico (SMet) está íntimamente relacionado con MASLD. La dieta mediterránea (DMed) ha sido recomendada en varias guías para el manejo de MASLD y SMet, debido a sus beneficios en la mejora de factores metabólicos y la reducción de eventos cardiovasculares. En comparación con otras dietas, el beneficio específico de DMed sobre MASLD aún se encuentra en evaluación. **Objetivos:** Evaluar la asociación y el efecto de la dieta mediterránea con/sobre los niveles de transaminasas en pacientes chilenos con SMet, en condiciones basales y luego de 6 meses de intervención con DMed versus dieta baja en grasas (DBG). **Metodología:** El estudio CHILEan MEDiterranean (CHILEMED) es un ensayo clínico aleatorizado y paralelo de un año que evalúa a individuos chilenos con SMet sometidos aleatoriamente a uno de tres intervenciones: un grupo control con dieta baja en grasas, un grupo con DMed exclusiva y un grupo con DMed más apoyo psicológico. No hubo restricción de ingesta calórica ni se realizó intervención en cuanto a actividad física. Todos los grupos recibieron asesoramiento nutricional adaptado a la disponibilidad local de alimentos, con contactos mensuales durante un año y evaluaciones clínicas iniciales, a los 6 meses y 12 meses de intervención. La adherencia a la dieta se midió por medio del Índice de Dieta Mediterránea adaptado a Chile (IDM-Chile, 0 a 14 puntos). Este estudio analiza la asociación entre los niveles de transaminasas (ALT, AST) y GGT en sangre y la adherencia a DMed en 249 pacientes a tiempo basal y el impacto del consejo nutricional en 162 individuos tras 6 meses de intervención (n=46 para grupo DBG, n=116 para grupo DMed). **Resultados:** De los 249 participantes reclutados, 57% son mujeres y 43% hombres, con una edad (media  $\pm$  1 DS) de  $46,9 \pm 9,8$  años y un IMC de  $31,6 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup>. El IDM-Chile inicial fue de  $5,5 \pm 1,9$  puntos. Basalmente, los grupos con alta o moderada adherencia a DMed presentaron menor proporción de sujetos con niveles de ALT elevados (Chi cuadrado,  $p=0,006$ ; Figura 1). Tras 6 meses de intervención, el grupo DMed aumentó significativamente su adherencia a dieta mediterránea (+2,1 puntos en IDM-Chile versus +0,9 puntos en grupo DBG,  $p<0,0001$ ). La rama DMed también mostró una reducción significativa en los niveles de ALT, no así el grupo DBG (McNemar  $p=0,004$  versus 0.26, respectivamente; Figura 2). Además, el grupo DMed presentó mayor normalización de los niveles de GGT ( $p=0,0498$ ), sin diferencias significativas en los cambios observados en los valores de AST en cada grupo. **Conclusión:** Estos resultados preliminares sugieren que la DMed tiene un efecto beneficioso mayor que la dieta DBG sobre la normalización de niveles de ALT y GGT en pacientes con SMet, respaldando un potencial rol clave de este patrón alimentario en el manejo de MASLD en la población chilena.



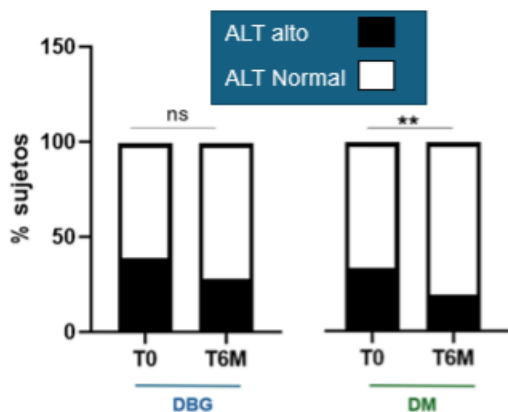
Figura 1: Niveles de Alanino-aminotransferasa (ALT) según adherencia basal a Índice de Dieta Mediterránea (IDM).



\*Tomamos como referencia los valores pre-definidos por el Laboratorio UC que categoriza según sexo, estableciendo como niveles anormales de ALT en mujeres > 30 UI/L y para los hombres > 55 UI/L.



Figura 2: Comparación de sujetos con ALT elevado antes y después de la intervención (dieta baja en grasas vs dieta mediterránea a los 6 meses).



Tablas de contingencia y análisis (valores en N° de sujetos):

Dieta baja en grasas	ALT alto	ALT normal
T0	18	28
T6M	13	33

McNemar (ns,  $p=0.26$ )

Dieta Mediterránea	ALT alto	ALT normal
T0	39	77
T6M	23	93

McNemar (\*\*  $p=0.004$ )

-T0: tiempo basal. -T6m: a los 6 meses.

-DBG: dieta baja en grasas. -DM: dieta mediterránea.



# #68 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES REINFECTADOS POR VIRUS HEPATITIS C EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE EN LOS AÑOS 2018 Y 2024

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-068>

Marisol Macarena Arratia Pinto<sup>1</sup>, Sebastian Espinoza Hidalgo<sup>1</sup>, Karina Illufi<sup>1</sup>, Gabriel Mezzano Puentes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Hospital del Salvador.

**Introducción:** La infección por Virus Hepatitis C (VHC) es un problema de salud serio a nivel mundial. Al no dejar inmunidad permanente, los pacientes pueden reinfectarse al exponerse nuevamente variando la tasa de reinfección según factor de riesgo. Se recomienda realizar un PCR o carga viral (CV) una vez al año en pacientes con factores de riesgo persistentes de infección. No existen datos en Chile respecto a tasa de reinfección o caracterización de esa población, y en las publicaciones internacionales son escasos los reportes de casos. **Objetivos:** Determinar el porcentaje de reinfectados por VHC en los pacientes tratados en el policlínico de virus del Hospital del Salvador entre enero-2018 y julio-2024. Además, describir las características demográficas, clínicas y de genotipificación viral del grupo de reinfectados. **Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de pacientes reinfectados por VHC tratados en el Policlínico de virus del Hospital del Salvador entre enero del 2018 y Julio del 2024. Se consideró reinfección por VHC a pacientes que contaban con registro en ficha clínica de infección previa tratada. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, presencia de coinfección con VIH, fecha de diagnóstico, genotipificación, CV, tratamiento y respuesta a las 12 y 24 semanas. **Resultados:** De 430 pacientes con infección por VHC tratados entre los años 2018 y 2024, 11 (2,5%) se reinfectaron con una media de 2.75 años de diferencia entre la primera y la segunda infección. Todos del género masculino, con media de edad de 38 años con la mayoría entre los 30 y 40 años (4) al momento de la primera infección. El 54,5% era de nacionalidad chilena. El 72% presentaba coinfección con VIH y 81% el factor de riesgo de ser hombre que tiene sexo con hombre no protegido. Se logró genotipificar al 63% de los casos (7) en ambos episodios de infección, encontrándose que del total de las muestras examinadas el genotipo más frecuente correspondió al 1a, seguido del 4 y finalmente el genotipo 2, difiriendo de lo reportado históricamente a nivel nacional. De los cinco genotipificados en ambos episodios, el 40% (2 pacientes) presentó reinfección con el mismo genotipo. Destaca un paciente con dos genotipos identificados en la misma muestra durante la reinfección. En la primera infección, la CV varió desde 883.000 a 13.500.000 U/ml y en la reinfección de < 12 a 612.000.000 U/ml. Respecto a tratamiento, al 100% se le indicó Velpatasvir/Sofosbuvir por 12 semanas en la reinfección pudiendo objetivarse respuesta virológica (con CV indetectable) al terminar tratamiento en 72,7% (3 pacientes sin exámen) y sostenida a las 24 semanas en sólo 1 (por falta de control o aún no solicitado). Al 100% de los pacientes se les había dado de alta después de la primera infección. **Conclusión:** En la cohorte evaluada se presentan valores conocidos respecto a género y factores de riesgo de reinfección por VHC, apoyando la recomendación de, posterior al tratamiento, seguir regularmente con carga viral o PCR a población con alto riesgo de reinfección.

## Genotipificación en muestras analizadas (n=14)

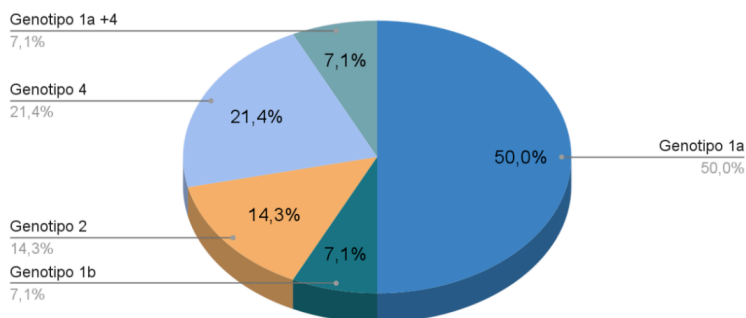


Figura 1: Genotipos aislados en las 14 muestras genotipificadas

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES REINFECTADOS POR VHC EN EL POLICLÍNICO DE VIRUS HOSPITAL SALVADOR 2018-2024 N=11**

<b>Coinfección con VIH</b>		<b>N (%)</b>
sí		8 (72,72)
No		3 (18,18)
<b>Nacionalidad</b>		
1. Chile		6 (54,54)
2. Venezuela		3 (27,27)
3. Colombia		1 (9,1)
4. Perú		1 (9,1)
<b>Genotipo 1º Infección (7 muestras)</b>		
1a		3 (42,8)
4		2 (28,6)
2		1 (14,3)
1b		1 (14,3)
<b>Respuesta viral 24 semanas 1º infección (n=11)</b>		
TND		9 (81,8)
Sin dato		2 (18,2)

<b>Genotipo Reinfeción (7 muestras)</b>	
1a	4 (57,1)
4	1 (14,3)
2	1 (14,3)
1a + 4	1 (14,3)
<b>Respuesta viral a las 12 semanas reinfeción</b>	
TND	8 (72,7)
Pendiente	3 (27,3)

Figura 2: Características clínicas y demográficas de los pacientes reinfectedados por VHC

## #69 - COMPARACIÓN ENTRE LOS CRITERIOS DE MILÁN, EL MODELO FRANCÉS DE ALFA-FETOPROTEÍNA Y METROTICKET 2.0 PARA EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-069>

Victor Henríquez<sup>1</sup>, Deycies Gaete<sup>1</sup>, Juan Pablo Roblero<sup>1</sup>, Álvaro Urzúa<sup>1</sup>, Máximo Cattaneo<sup>1</sup>, Lía Catalán<sup>1</sup>, Alexandre Sauré<sup>1</sup>, Solange Adrián<sup>2</sup>, Jaime Poniachik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Universidad San Sebastián.

**Introducción:** Los Criterios de Milán (CM) son el estándar para la selección de candidatos a trasplante hepático (TH) por hepatocarcinoma (HCC) y es actualmente utilizado en Chile. Un estudio previo en nuestro centro mostró una tasa de supervivencia a 5 años del 75% y una tasa de recurrencia tumoral (RT) del 8% receptores de TH con HCC. Actualmente existen nuevas estrategias que incorporan la magnitud de alfa-fetoproteína al número y diámetro tumoral para mejorar la predicción de recurrencia tumoral y sobrevida, como el modelo francés de alfa-fetoproteína (MF) y Metroticket 2.0 (MT2.0). **Objetivo:** Comparar los CM, MF y MT en términos de supervivencia y RT en pacientes trasplantados por HCC. **Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte con 79 pacientes que se sometieron a TH en nuestro centro por HCC entre febrero de 2006 y julio de 2020. Los pacientes se dividieron según los CM en dentro (DCM) y fuera (FCM). Se reclasificaron utilizando el MF en pacientes de bajo riesgo (BRMF) y alto riesgo (ARMF), y usando MT2.0 en pacientes con una supervivencia a 5 años mayor o igual al 75% (MT $\geq$ 75) y menor al 75% (MT<75). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local. **Resultados:** El seguimiento fue del 100% con una mediana de 65,7 meses. El 86% recibió terapia antes del TH. La mediana de edad fue de 62 años. La causa más común fue la enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica, representando el 49% (39 casos), seguida del virus de la hepatitis C con el 24% (19 casos), la enfermedad hepática alcohólica con el 9% (7 casos), y la enfermedad hepática alcohólica metabólica con el 6% (5 casos). La sobrevida global (SG) fue de 65,2 meses, y 7 (9%) pacientes presentaron recidiva en un promedio de 10,2 meses post-trasplante (rango: 5,7-14,8; 2,1-38,9). Todas las RT resultaron en muerte. Basado en los CM, la cohorte DCM (n=67) tuvo una SG de 66,5 meses, con 4 (6%) RT. En FCM (n=12), la SG fue de 58,3 meses, con 3 (25%) RT. Para el MF, los pacientes BRMF (n=70) tuvieron una SG de 66,2 meses, con 4 (6%) RT, mientras que los ARMF (n=9) tuvieron una SG de 41,8 meses, con 3 (33%) RT. Con MT2.0, MT $\geq$ 75 (n=70) tuvo una SG de 66,9 meses, con 4 (6%) RT, y MT<75 (n=9) tuvo una SG de 41,8 meses, con 3 (33%) RT. **Conclusiones:** El TH en pacientes con HCC resultó en una SG de 65,2 meses y una tasa de RT del 9%. Se observaron diferencias significativas en la SG y las tasas de RT en los pacientes FCM, ARMF y MT<75. Al comparar los tres modelos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la SG y las tasas de RT.



	<b>Total N = 79</b>	<b>Recurrencia N = 7</b>	<b>Sin Recurrencia N = 72</b>	<b>p-valor</b>
Edad (años)	62 (58 – 66)	62 (59 – 63)	62.5 (58 – 66)	0.782
Género masculino (%)	56 (71)	4 (57)	52 (72)	0.329
Comorbilidades (%)				
Diabetes Mellitus	37 (47)	2 (29)	35 (49)	0.272
Hipertensión arterial	35 (44)	4 (57)	31 (43)	0.372
IMC	27.6 (24.9 – 29.9)	27.5 (27.1–29.3)	27.7 (24.6–30.6)	0.979
<b>Características morfológicas antes del TH</b>				
Número de nódulos hepáticos (%)				
1	47 (59)	2 (29)	45 (63)	0.168
2	24 (30)	4 (57)	20 (28)	
≥ 3	8 (11)	1 (14)	7 (10)	
Tamaño tumor mayor (mm)	27 (22 – 38)	40 (22 – 52)	26 (22 – 33)	0.089
Puntaje de carga tumoral	4.25 (3.4 – 5.1)	5 (4.2 – 7.7)	4.2 (3.3 – 5)	0.053
Valor máximo de AFP pre TH	7.2 (4.2 – 25.4)	127 (6.8 – 400)	6.5 (4.1 – 18.2)	0.089
BCLC al diagnóstico (%)				
0	8 (10)	0 (0)	8 (11)	0.075
A	61(77)	4 (57)	57 (79)	
B	10 (13)	3 (43)	7 (10)	
Tiempo de espera (meses)	10.9 (5.3 – 17.5)	10.7 (3.9 – 16.9)	11.2 (5.6 – 17.6)	0.836
Tratamiento antes del TH (%)	68 (86)	6 (86)	62 (86)	0.666
Puntaje pre-trasplante (%)				
Child A	21 (27)	0 (0)	21 (29)	0.068
Child B	34 (44)	6 (88)	28 (39)	
Child C	23 (29)	1 (14)	22 (31)	
MELD-Na	14 (11 – 20)	15 (12 – 17)	14 (11 – 20.5)	0.822
MELD Operativo	26 (23 – 31)	28 (25 – 32)	26 (23 – 30)	0.387
Análisis histopatológico del explante (%)				
Satelitosis	8 (12)	0 (0)	8 (14)	0.386
Invasión intravascular	20 (30)	6 (86)	14 (24)	0.002
Resultados post-trasplante				
Estancia en UCI (días)	4 (3 – 9)			
Duración hospitalización (días)	16 (12 – 23)			
Complicaciones durante los primeros 3 meses (%)		-	-	-
Venosas	26%			
Arteriales	5%			
Biliares	19%			



# #70 - MONITORIZACION TERAPEUTICA DE GOLIMUMAB EN EL MANEJO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (CU) EN CLINICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-070>

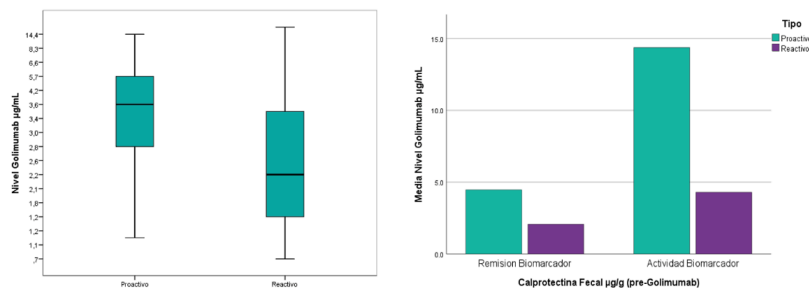
Paulina Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>2</sup>, Francisca Carvajal González<sup>2</sup>, Lilian Flores<sup>2</sup>, Gonzalo Pizarro Pizarro<sup>2</sup>, Karin Herrera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Clinica Universidad de los Andes.

**Introducción:** La monitorización de los niveles de terapia biológica Anti-TNF en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha permitido ofrecer un manejo terapéutico personalizado mediante estrategias proactivas y/o reactivas. No obstante, la información sobre la monitorización de los niveles de golimumab en pacientes con colitis ulcerosa (CU) es limitada. **Objetivos:** Determinar los niveles séricos de golimumab y los anticuerpos anti-golimumab en pacientes con CU en períodos post inducción o de mantenimiento, en dos escenarios: según la actividad clínica (reactivo) o evaluando el retiro de fármacos (proactivo). **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo observacional en pacientes con CU que recibieron golimumab en el Programa de EII de la Clínica Universidad de los Andes. Entre septiembre de 2023 y julio de 2024, se midieron los niveles de golimumab y los anticuerpos contra este fármaco siguiendo los objetivos señalados. La determinación de los niveles séricos de golimumab y anticuerpos se realizó mediante el método de ELISA, de acuerdo con el protocolo definido por el fabricante. Se consideraron adecuados los niveles séricos de golimumab entre 3-7 µg/ml post inducción y de 1-3 µg/ml durante la etapa de mantenimiento. Niveles de anticuerpos contra golimumab superiores a 5 ng/ml fueron estimados como elevados. **Resultados:** Se midieron 35 niveles plasmáticos en 30 pacientes, con una mediana de edad 43 (RIC 18- 69), 23 (77%) mujeres, de los cuales 16 (53%) eran extensas. La mediana del tiempo de enfermedad fue de 9 años (rango 2-23). La medición reactiva de niveles plasmáticos se realizó en 19 (53%) de los casos, con una mediana de 3,66 µg/ml en pacientes con Índice Mayo parcial (Imp) de 5 (rango 1-7) y calprotectina fecal de 704 µg/g (200-2000). Para el enfoque proactivo, la mediana de los niveles fue de 4,95 µg/ml, con IMp de 3 (rango 0-5) y calprotectina fecal previa a la medición de 151.2 µg/g (6.21 -1120) Figura 1. Se midieron niveles de anticuerpos contra golimumab solo en dos pacientes (monitorización reactiva), siendo en ambos casos negativos. En función a los niveles de golimumab, se cambió la terapia en 15 de 19 pacientes (79%) con incremento de las dosis en aquellos con manejo reactivo y retiro de fármaco concomitante en aquellos con manejo proactivo 3/15 (20%). **Conclusiones:** La monitorización de los niveles de golimumab realizada en esta serie, al igual que lo demostrado con otros anti TNF, es necesaria para realizar un adecuado manejo en pacientes con CU que se encuentran con esta terapia biológica.

Figura 1.

a) Nivel de golimumab según tipo de manejo (proactivo vs reactivo) asociado al biomarcador previo a la medición de niveles.



\* se considera remisión del biomarcador con una calprotectina fecal < 100 µg/g

## #72 - ENFERMEDAD CELÍACA EN CHILE: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN PROGRAMA DE CONTROL EN UNA CLÍNICA UNIVERSITARIA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-072>

Nidia Fabiola Castro Preter<sup>1</sup>, María Francisca Cabello Aleuanli<sup>2</sup>, Dominga Picó Varleta<sup>2</sup>, Carolina Heredia Peña<sup>1</sup>, Camilla Alessandra Valdatta Gómez<sup>1</sup>, Alejandro Pedraza Mayorga<sup>2</sup>, Javiera Cecilia Achondo Araya<sup>1</sup>, Aaron Aranis Cortés Rojas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de los Andes.

**Introducción:** La enfermedad celíaca (EC) afecta al 0,7% de la población chilena. Este trabajo observacional pretende describir las características clínicas de pacientes mayores de 15 años celíacos atendidos en nuestro centro y su adherencia a la dieta libre de gluten (DLG). **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron registros clínicos de pacientes con diagnóstico de EC confirmado ingresados al Programa de Enfermedad Celíaca y Trastornos Inmuno-mediados del Centro de Enfermedades Digestivas de la Clínica Universidad de los Andes, entre marzo de 2022 a junio 2024. Se contó con la aprobación del comité de ética de nuestro centro. Se recopiló información del ingreso al programa de los pacientes, considerando variables demográficas, clínicas, anticuerpo antitransglutaminasa por IgA (tTGA-IgA), e histológica (Marsh). Se realizó seguimiento a través de encuesta CDAT ("Celiac Dietary Adherence") para evaluar la adherencia a la DLG, realizada por nutricionista y/o médico experto de manera presencial y/o telefónica. **Resultados:** Se obtuvo registro de 105 pacientes. La edad promedio de ingreso al programa fue de 41 años (rango: 15-74). 54 pacientes (51%) se les realizó diagnóstico en nuestro centro. 27,6% presentan otra enfermedad autoinmune además de EC, siendo la principal el hipotiroidismo (21%). 42,9% tienen antecedentes familiares de autoinmunidad y 28,6% de ellos es por EC. Los síntomas más frecuentes de presentación fueron dolor abdominal (43%), diarrea y constipación (ambos en el 20% de los casos). Según IMC, al ingreso al programa estaban 59,6% normopeso, 22,6% sobrepeso, 9% obesidad y 9% bajo peso. 44 pacientes contestaron la encuesta CDAT, 32 de ellos, (72,7%) obtuvieron puntaje <13 (buena adherencia a DLG). Las características basales de los pacientes se encuentran en la tabla 1. La evaluación nutricional y adherencia por encuesta CDAT se encuentran en la gráfica 1. Existe una correlación de Spearman baja (0,25) entre el grado de Marsh y el nivel de tTG-IgA. **Discusión:** La tríada de presentación clásica con baja de peso, diarrea y dolor abdominal, está siendo cada vez más atípica. En nuestro estudio, la presentación con diarrea fue el mismo porcentaje que la presentación con constipación. Más de 1/3 de los pacientes se presentaron con sobrepeso u obesidad, similar a lo reportado en la literatura. Esto hace necesario ampliar la pesquisa a pacientes con constipación y sobrepeso. La mayoría tenían tTGA-IgA >100 U/ml y casi la mitad presentaban atrofia vellositaria, sin embargo, con una baja correlación, a diferencia de otros estudios. La mayoría de nuestros pacientes adhiere a la DLG, a diferencia de otro estudio chileno en donde se vio que la mayoría transgrede la DLG. Sí bien nuestras poblaciones son diferentes, apoya la relevancia de contar con un programa especializado de seguimiento para pacientes celíacos. **Conclusión:** Es importante tener presente las formas de presentación atípicas, para evitar retrasos en el diagnóstico y las complicaciones derivadas de ello. Es relevante contar con programas de seguimiento para lograr buena adherencia a la DLG y mantener un estado nutricional adecuado.

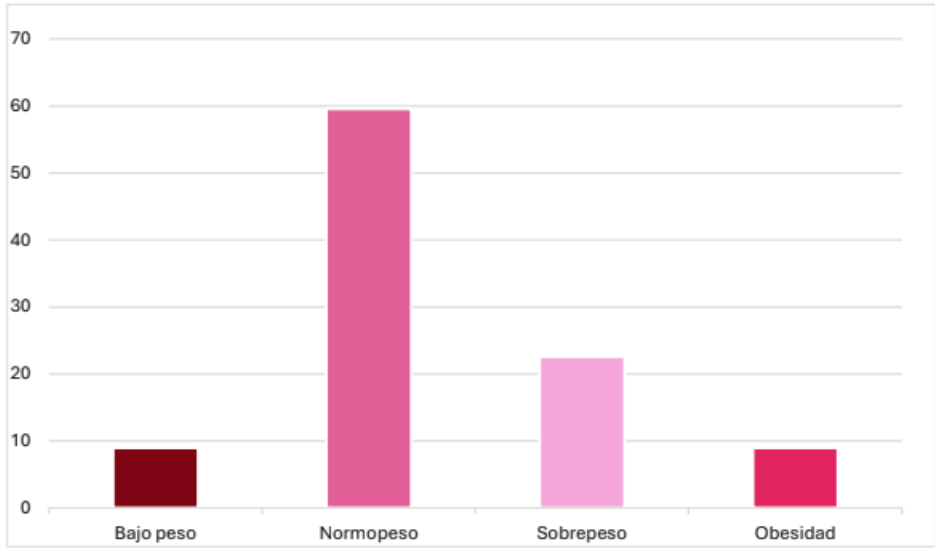


<b>Tabla 1. Características demográficas y clínicas basales</b>	
<b>Característica</b>	<b>total (N=105)</b>
Edad al diagnóstico- años	36 ( $\pm$ 17,5)
Género femenino- N°	79 (75%)
Condiciones coexistentes- N°	59 (56,1%)
Hipotiroidismo	22 (21%)
Trastorno del ánimo	10 (9,5%)
Asma o rinitis alérgica	5 (4,8%)
Otros trastornos autoinmunes	7 (6,6%)
Otras comorbilidades	15 (14,2%)
Síntomas al inicio- N°	
Asintomático	4 (3,85%)
Dolor abdominal	59 (56,2%)
Diarrea	21 (20%)
Constipación	21 (20%)
Baja de peso	5 (4,8%)
Distensión abdominal	14 (13,3%)
Otro	8 (7,6%)
Estudios iniciales complementarios alterados- N°	
Perfil hepático	12 (11,4%)
Anemia	6 (5,7%)
Densitometría ósea	18 (17,1%)
Niveles anticuerpos antitransglutaminasa IgA - N°	
<18 U/ml	11 (10,5%)
18-99 U/ml	29 (27,6%)
$\geq$ 100 U/ml	40 (38,1%)
NR	25 (23,8%)
Biopsia duodenal - N°	
Marsh 0	5 (4,8%)
Marsh 1	1 (1%)
Marsh 2	2 (1,9%)
Marsh 3a	11 (10,5%)
Marsh 3b	23 (21,9%)
Marsh 3c	13 (12,4)
Marsh 4	1 (1%)
NR	49 (46,7%)

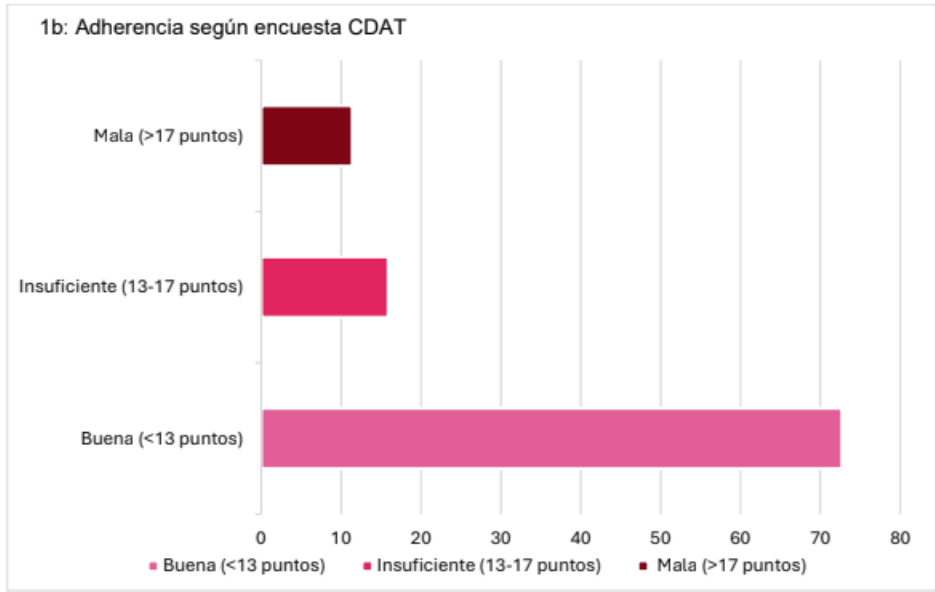


**Gráfica 1: evaluación nutricional**

1a: Estado nutricional al ingreso al programa



1b: Adherencia según encuesta CDAT



# #73 - EL ROL DE LA ACTIVACIÓN DE MASTOCITOS INDUCIDA POR SUSTANCIA P EN LA FIBROSIS HEPÁTICA EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATOSICA ASOCIADA A DISFUNCION METABÓLICA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-073>

Larissa Alemán Franco<sup>1</sup>, Beatriz Garate Pérez de Tudela<sup>2</sup>, Barbara Castro Rebolledo<sup>3</sup>, Paula González Sandoval<sup>3</sup>, Mauro Rojas Zúñiga<sup>3</sup>, Rosario Pino<sup>2</sup>, Daniela Simian<sup>2</sup>, Cristian Garrido<sup>2</sup>, Elisa Balboa<sup>4</sup>, Gonzalo Cárdenas Loguerco<sup>2</sup>, Guillermo Díaz<sup>3</sup>, Máximo Cattaneo<sup>2</sup>, Juan Pablo Roblero<sup>5</sup>, Fabien Magne<sup>3</sup>, Jaime Poniachik<sup>5</sup>, Caroll J Beltrán<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Chile, <sup>2</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile, <sup>3</sup>Universidad de Chile, <sup>4</sup>Universidad Finis Terrae, <sup>5</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Introducción:** La progresión de la enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MASLD) se ha relacionado con niveles elevados de estrés psicosocial y un aumento en la densidad de mastocitos (MC) en el parénquima hepático. Aunque se conoce que la activación de las células estrelladas hepáticas (HSCs) por mediadores liberados por MCs desempeña un papel en la fibrosis hepática, no se ha explorado la activación neuroinmune de los MCs por el neuropéptido relacionado con el estrés, sustancia P (SP). **Objetivo:** Evaluar el estrés psicosocial (EP) en pacientes con MASLD y el papel de la activación de MCs dependiente de SP en la transdiferenciación de HSCs (HSCT). **Métodos:** En un estudio transversal, se incluyeron 13 pacientes con MASLD diagnosticados por biopsia hepática, reclutados de la Unidad de Gastroenterología del HCUCH. El EP se evaluó mediante cuestionarios de autoinforme (PSS-14, HADS y SF-36). Se evaluó el daño hepático a través de análisis sanguíneos y elastografía hepática. El estudio fue aprobado por el comité de ética del HCUCH. In vitro, la línea celular de mastocitos humana (HMC-1) fue estimulada con SP y el compuesto 48/80 durante 30 minutos. Posteriormente, la línea humana de HSCs (LX-2) fue estimulada con los sobrenadantes de los MCs activados por SP, evaluándose la expresión de alfa-actina de músculo liso ( $\alpha$ -SMA) como marcador de activación de HSCs, y GADPH como control de carga a través de inmunoblot. Adicionalmente, las LX-2 se estimularon directamente con triptasa durante 24 horas, evaluando el marcaje de  $\alpha$ -SMA mediante inmunofluorescencia. El análisis estadístico incluyó t-test, chi-cuadrado y ANOVA para los estudios in vitro, utilizando GraphPad-Prisma®. Se consideró un valor de  $p < 0.05$  como significativo. **Resultados:** Se observó estrés moderado en el 53,8% de los participantes, con un mayor puntaje de estrés en pacientes con esteatosis moderada-severa ( $29,0 \pm 9,51$ ) frente a los que presentaban esteatosis leve ( $18,20 \pm 6,94$ ;  $p = 0,047$ ). Los pacientes con fibrosis significativa informaron una peor calidad de vida mental (CdV) ( $42,40 \pm 10,40$ ) en comparación con aquellos sin fibrosis ( $53,60 \pm 9,25$ ;  $p = 0,022$ ). A pesar de no encontrar diferencias estadísticas en el cambio de expresión de  $\alpha$ -SMA/GADPH entre las condiciones estimuladas con MC (MC no estimulada,  $0,394 \pm 0,08$ ; 48/80-MC,  $0,256 \pm 0,130$ ; SP-MC,  $0,274 \pm 0,120$ ;  $p = 0,622$ ), se observaron cambios morfológicos asociados a la transdiferenciación de HSCs después de la estimulación con triptasa. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que los factores psicosociales negativos desempeñan un papel patogénico en la progresión del daño hepático en pacientes con MASLD. El estudio in vitro indica que la triptasa liberada por MCs puede inducir la transdiferenciación de HSCs; sin embargo, el efecto a corto plazo de la activación de MCs por SP no es suficiente para activar las HSCs. Esto sugiere la necesidad de explorar la estimulación a largo plazo de MCs para evaluar el impacto de la activación por SP en la transdiferenciación de HSCs.

Financiamiento: OAIC13022.



## #74 - EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON CAVERNOMATOSIS PORTAL: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE HEMORRAGIA Y HOSPITALIZACIÓN

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-074>

Carlo Pedemonte Gutiérrez<sup>1</sup>, Jorge San Juan Andrade<sup>2</sup>, Pablo Aguirre Arias<sup>1</sup>, Alexandra Ginesta Frings<sup>1</sup>, Luis Méndez Alcaman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Padre Hurtado, <sup>2</sup>Cesfam San Rafael La Pintana.

**Introducción:** La cavernomatosis portal es una condición infrecuente caracterizada por la formación de múltiples venas colaterales en relación con la vena porta, generalmente como resultado de una trombosis portal. Este estudio se centra en el seguimiento a largo plazo de pacientes con cavernomatosis portal, con el objetivo de identificar factores predictores de hemorragia y hospitalización. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de una serie de pacientes diagnosticados con cavernomatosis portal, atendidos en el Hospital Padre Hurtado. Los pacientes fueron seguidos durante un período de 10 años. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Los eventos de hemorragia y hospitalización fueron registrados y analizados. Se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple, bajo el software estadístico R studio. Se realizó un análisis de correlación de las variables estudiadas, utilizando método stepwise de regresión. **Resultados:** Población del estudio: Se incluyeron 10 pacientes (70% hombres y 30% mujeres). La edad media al diagnóstico fue de 43.9 años. Al diagnóstico, la hemoglobina promedio fue de 9,36, con un 60% de pacientes con anemia y un 20% con anemia severa. El recuento de plaquetas promedio fue 243.000. El valor promedio de INR al diagnóstico fue 1.32, con un 40% de los pacientes con INR >1.5. El 90% desarrolló esplenomegalia, con un tamaño promedio de 13,55 cm. El 60 % de los pacientes recibió anticoagulación.

**Hospitalización por hemorragia:** El 50% de los pacientes experimentó al menos un episodio hospitalización por hemorragia digestiva. El 70% de los pacientes presentó várices esofágicas, 60% várices gástricas y 20% várices duodenales durante el periodo de seguimiento. El 100% de los pacientes con várices duodenales tenían a la vez, várices esofágicas y gástricas. El 50% recibió tratamiento con ligaduras y el 20% escleroterapia. Se logró establecer una correlación negativa estadísticamente significativa entre el valor de hemoglobina al diagnóstico con el número de hospitalizaciones por hemorragia digestiva durante el periodo de seguimiento ( $p < 0.00398$ ).

**Hospitalización por otras causas:** El 60% de los pacientes requirió hospitalización por otras causas (no relacionadas con hemorragia digestiva) durante el período de seguimiento. La causa más frecuente de hospitalización fue de tipo infeccioso.

**Discusión:** Los resultados de este estudio subrayan la importancia del valor de la hemoglobina al debut en los pacientes con cavernomatosis portal, teniendo en cuenta su asociación con hospitalizaciones por hemorragia digestiva durante su evolución. **Conclusión:** La identificación de factores predictores de evolución en pacientes con cavernomatosis portal, puede ayudar a implementar estrategias preventivas y de manejo más efectivas, mejorando así la calidad de vida y los resultados clínicos de estos pacientes.

**Palabras clave:** vena porta, hipertensión portal, hemorragia, hospitalización.

## #75 - EVALUACION DE LA REMISION ENDOSCOPICA E HISTOLOGICA COMO PREDICTORES DE BROTE DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

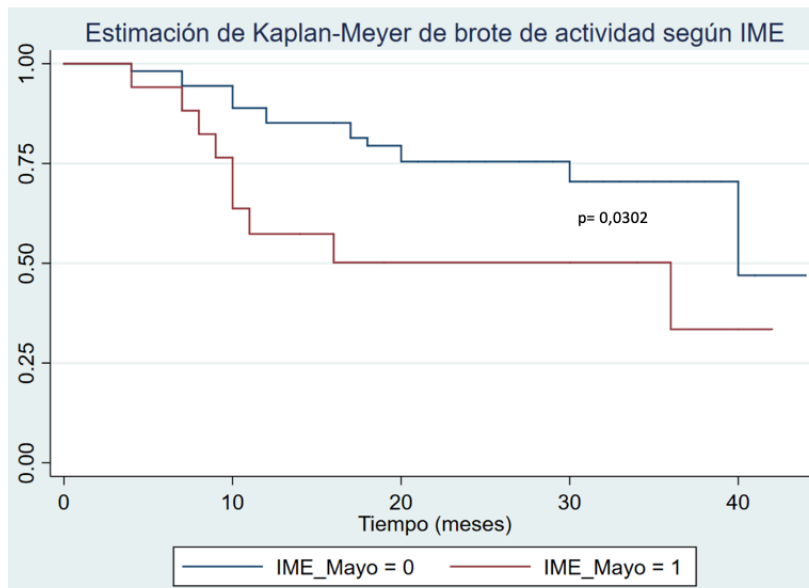
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-075>

Francisca Carvajal González<sup>1</sup>, Karín Herrera Carrasco<sup>1</sup>, Paulina Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Andrea Córdova Torche<sup>1</sup>, Lilian Flores Pérez<sup>1</sup>, Gonzalo Pizarro Jofre<sup>1</sup>, Pamela San Martín Peñailillo<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes.

**Introducción:** En colitis ulcerosa (CU), el consenso STRIDE-II ha definido alcanzar a largo plazo la remisión endoscópica (RE), disminuyendo con esto la carga inflamatoria, el daño intestinal permanente y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, alcanzar la remisión histológica (RH) se asociaría a un menor riesgo de presentar un brote de actividad inflamatoria, usar corticoides, necesitar hospitalizaciones o desarrollar un cáncer colorectal. **Objetivo:** Evaluar el rol de la RE y RH en el desarrollo de un brote de actividad inflamatoria en pacientes que han alcanzado el objetivo a largo plazo y que se encuentran en seguimiento en el Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Clínica Universidad de los Andes. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes con CU del programa de EII con RE definido por Índice de Mayo (IME) 0 y actividad endoscópica con IME 1, en procedimientos realizados entre enero de 2020 y marzo de 2023 y que hayan tenido 1 año de seguimiento en el Programa. La RH se definió como Índice de Nancy < 2, Índice Geboes < 2 e Índice Robarts < 3. La actividad inflamatoria fue definida como la presencia de Índice de Mayo parcial (IMp)  $\geq 2$  y calprotectina fecal > 250  $\mu\text{g}/\text{gr}$ . Se emplearon pruebas estadísticas descriptivas y análisis de prueba log rank y de Riesgo Relativo (RR),  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes, con una mediana de edad de 37 años (RIQ 31-45), 57,1% de sexo femenino y con CU extensa en el 45.1%. Un 98% de los pacientes se encontraban en remisión sintomática y el 37% tenía  $\text{CF} < 100 \mu\text{g}/\text{g}$ . Un 77% presentaba un IME 0 y el 23% IME 1. Continuaron seguimiento 71 pacientes de los cuales 24 (31%) presentaron un brote de actividad, 15 pacientes con IME 0 y 9 con IME 1. En el seguimiento se observa que a los 12 y 44 meses un 15% y 53% de los pacientes con IME 0 presentaron un brote inflamatorio, mientras que en el grupo IME 1 fue de 43 % y 67% ( $p = 0,0302$ ) (Figura). Al evaluar la actividad histológica en pacientes con IME 0, el riesgo relativo (RR) de desarrollar un brote de actividad inflamatoria fue por Índice Geboes  $\text{RR} = 0,65$  (IC 0,21-1,98  $p = 0,43$ ), por Índice de Nancy  $\text{RR} = 0,78$  (IC 0,25-2,45  $p = 0,66$ ) y por Índice de Robarts  $\text{RR} = 0,52$  (IC 0,13-2,10  $p = 0,22$ ). No se observaron casos de neoplasia colorectal o necesidad de cirugía en el seguimiento. **Conclusión:** Esta cohorte confirma que la RE es un predictor del desarrollo de brote inflamatoria en pacientes con CU, demostrando la necesidad de alcanzar este objetivo. La RH no mostró su rol como predictor de desarrollo actividad en este grupo de pacientes. Futuros estudios deberán mostrar su utilidad en el manejo de los pacientes con CU.

Figura 1: Curva de supervivencia en el seguimiento pacientes con IME 0 e IME 1.



# #76 - RELACIÓN DE MARCADORES CLÍNICOS, ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO CON LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

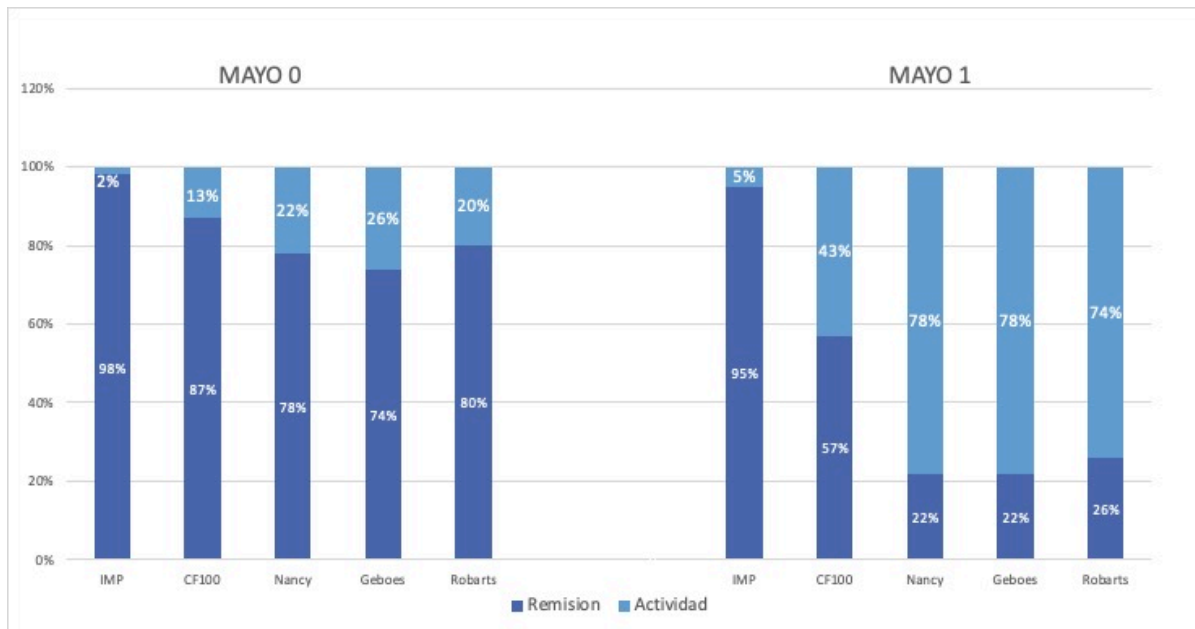
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-076>

Francisca Carvajal González<sup>1</sup>, Karín Herrera Carrasco<sup>1</sup>, Paulina Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Andrea Córdova Torche<sup>1</sup>, Lilian Flores Pérez<sup>1</sup>, Gonzalo Pizarro Jofre<sup>1</sup>, Pamela San Martín Peñailillo<sup>1</sup>, Paula Calderón Droguett<sup>2</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Clínica INDISA.

**Introducción:** En colitis ulcerosa (CU), el consenso STRIDE-II ha permitido modificar los objetivos del tratamiento, desde el control de los síntomas hacia la remisión de biomarcadores y curación endoscópica, disminuyendo con esto la carga inflamatoria a largo plazo y el daño intestinal permanente. La remisión histológica (RH), aunque no es un objetivo, se ha asociado a una menor probabilidad de desarrollar un brote de actividad inflamatoria, usar corticoides o requerir hospitalización. Estudios recientes revelan que solo 37% de los pacientes con curación endoscópica presentan RH. **Objetivo:** Análisis de la relación entre Índices endoscópico de mayo (IME) 0 y 1 con los índices de mayo parcial, biomarcadores e índices histológicos en pacientes con CU del Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Clínica Universidad de los Andes. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes con CU del programa de EII que lograron IME 0 o 1 en la colonoscopia realizada entre enero de 2021 y marzo de 2023. La remisión sintomática (RS) se definió como un índice de Mayo parcial < 2; remisión endoscópica (RE) como IME 0; RH como un Índice de Geboes < 2, Índice de Nancy < 1, o Robarts < 3; y remisión por biomarcador con calprotectina fecal (CF) < 100 µg/g. Las variables se expresan mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentuales), así como medidas de tendencia central (SPSS v.29). **Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes, con una mediana de edad de 37 años (RIQ 31-45), de los cuales el 57,1% corresponden a sexo femenino y el 45,1% presentaban CU extensa. El 93% se encontraba en tratamiento al momento de la colonoscopia. De estos, el 58% en terapia biológica, siendo golimumab el fármaco más utilizado con un 53%. Se observa que 65 pacientes (77%) presentan un IME 0. En este grupo, el 98% se encontraba en RS y el 87% en remisión por CF. La RH se observó en el 78%, 74% y 80% de los pacientes los índices de Índice de Nancy, Geboes y Robarts respectivamente. En el grupo con IME 1 con 19 pacientes (23%), el 95% se encontraba en RS y el 57% en remisión por CF. La RH se observó en el 22% según los Índices de Nancy y Geboes y en 26% por índice de Robarts. **Conclusión:** En esta cohorte muestra que a pesar de que la RS está presente en más del 90% de los pacientes con IME 0 e IME 1, la remisión por CF e histológica se logran en un mayor porcentaje en pacientes con RE, confirmando que este debería mantener como objetivo a largo plazo en el manejo de pacientes con CU.

**Grafico 1:** Se observa porcentaje de remisión clínica, calprotectina fecal e histológica según grupo endoscópico MAYO 0 y MAYO 1



## #77 - IMPACTO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-077>

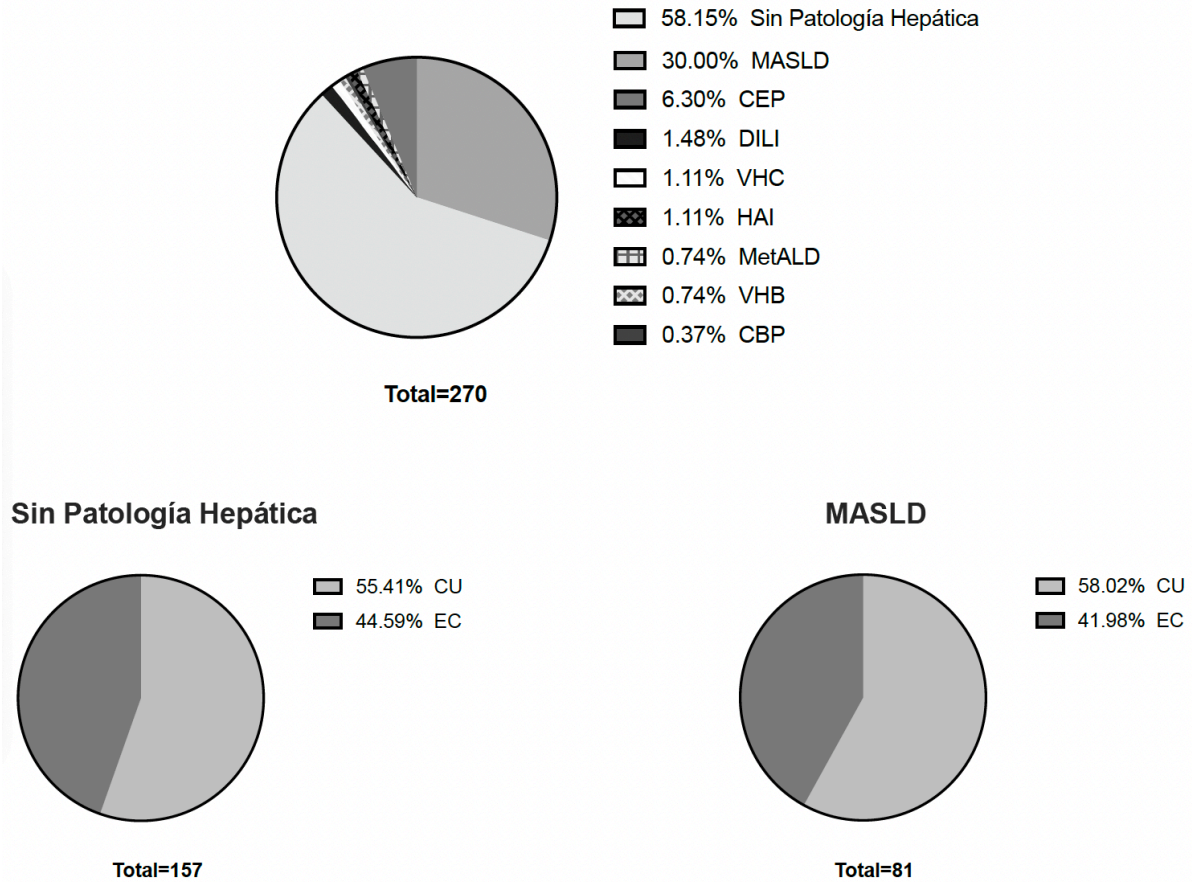
Edith Paola Pérez de Arce Oñate<sup>1</sup>, Caroll Jenny Beltran Muñoz<sup>2</sup>, Felipe Parra Ulloa<sup>1</sup>, Larissa Viviana Alemán Franco<sup>2</sup>, Máximo Cattaneo Buteler<sup>2</sup>, Isabel Paulina Lagos Villaseca<sup>2</sup>, Camila Estay Hernández<sup>2</sup>, Jaime Poniachik Teller<sup>2</sup>, Camila Angélica Maulen Llanca<sup>2</sup>, Daniela Simian Marín<sup>1</sup>, René Rojas Brain<sup>1</sup>, Cristian Andrés Montenegro Urbina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

La enfermedad hepática es una comorbilidad frecuente en pacientes con EII. Recientemente la MASLD ha cobrado relevancia debido a su alta prevalencia y sus potenciales efectos en el curso de la EII. En Chile no existen datos sobre MASLD en pacientes con EII y su impacto. Objetivo: Evaluar si la presencia de MASLD en pacientes con EII se asocia con la severidad de la enfermedad, pronóstico y complicaciones de la EII. Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, basado en el registro de EII RedCap®, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se estudiaron pacientes EII, Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC), con al menos un seguimiento desde diciembre/2021 a julio/2024. Se analizó la presencia de MASLD (EII-MASLD+) según criterios: esteatosis hepática (EH) por imagen o biopsia, con al menos 1 de 5 factores de riesgo cardiometabólicos (FRCM): 1. IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, 2. Glicemia ayunas  $\geq 100$  mg/dl, o a las 2 horas post carga  $\geq 140$  mg/dl, o HbA1c  $\geq 5,7\%$  o tratamiento farmacológico específico (TFE) 3. Presión arterial  $\geq 130/85$  mmHg o TFE, 4. Triglicéridos  $\geq 150$  mg/dl o TFE, 5. HDLc  $< 40$  en hombres y  $< 50$  en mujeres o TFE. Se incluyó grupo control, aquellos pacientes con EII sin patología hepática (sinPH). Se analizaron: variables sociodemográficas, clínicas, y severidad de la EII (uso terapia biológica, años de evolución de EII, hospitalizaciones, cirugía). Scores hepáticos no invasivos: Índice Fibrosis-4 (FIB-4) ( $< 1.3$ : bajo riesgo de fibrosis,  $> 2.6$ : fibrosis avanzada), y el Índice de esteatosis hepática (HSI) ( $< 30$  descarta MASLD;  $\geq 36$  alta probabilidad MASLD), fueron considerados para evaluar severidad de MASLD. Estadística: Mann-Whitney test y Chi<sup>2</sup> p $< 0,05$ . Resultados: De 642 pacientes EII, se excluyeron 372 (236 sin imágenes, 53 con registro de imágenes insuficiente, 83 sin seguimiento o datos incompletos). Fueron elegibles 270 pacientes con imágenes disponibles: 81 cumplieron criterios de MASLD (30%), 157 sinPH (58%) y 32 con otros diagnósticos hepáticos (12%) (Figura 1). La distribución CU-EC fue similar en el grupo EII-MASLD+ y en EII-sinPH. En EC, la localización ileal fue más frecuente en EII-MASLD+ (p=0.029). El IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> fue más frecuente en el grupo EII-MASLD+ (84% vs 55.4%) (p $< 0.0001$ ), así como otros FRCM (p $< 0.0001$ ). No se encontraron diferencias significativas entre tipo, tiempo de evolución de la EII, uso de terapia biológica, cirugías u hospitalizaciones entre EII-MASLD+ y EII-sinPH. FIB-4  $< 1.3$  y HSI  $\geq 36$ , fueron observados en 65(80%) y 61(75%) pacientes EII-MASLD+, respectivamente. En una subcohorte de EII-MASLD+ (18 pacientes) con Fibroscan, 10(56%) presentaron EH severa, y 4 tuvieron fibrosis significativa (F2) o avanzada (F3-4). Conclusiones: MASLD es una manifestación hepática frecuente y subestimada en la EII. En pacientes con EC y MASLD+, la localización ileal fue más frecuente que en EII-sinPH. FRCM fueron más frecuente en MASLD, destacando un IMC alto en más de dos tercios de los pacientes. No encontramos relación de MASLD con la severidad de la EII. Estudios prospectivos con evaluación de severidad de MASLD y EII permitirán determinar un impacto bidireccional.



**Figura 1. MASLD como comorbilidad hepática en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal**



# #79 - EFECTIVIDAD Y EVALUACIÓN DE RESISTENCIA DE LA CUADRITERAPIA CONCOMITANTE EN POBLACIÓN ADULTA EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-079>

Nicolás Emilio Diener Celedón<sup>1</sup>, Edmundo Alberto Hofmann Frene<sup>2</sup>, Fabian Andrés Santander Valenzuela<sup>3</sup>, Vicente Isai Viveros Allende<sup>3</sup>, Karin Carrasco Moncada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Universidad de La Frontera, <sup>2</sup>Gastroenterología, Clínica alemana Temuco, <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

**Introducción:** La infección *Helicobacter pylori* (HP) se reporta en estudios nacionales en torno a un 60-70%, con respecto a la erradicación con cuadriterapia concomitante se encuentra mayor a 90% de éxito, incluso hasta un 100% en estudios locales previos, destacar que en nuestro medio evaluamos por cultivo resistencia cercana al 50 % al Metronidazol y Claritromicina. **Objetivos:** El presente estudio busca evidenciar la realidad local en la IX región con respecto a efectividad de tratamiento y evaluar cambios en la resistencia en los últimos 5 años. **Material:** Se incluyeron un total de 140 pacientes con registro completo de los datos requeridos entre octubre 2022 y mayo 2024 de endoscopías con test de ureasa positivo (TU+), tratados con esomeprazol 40 mg, probióticos (multiflora plus), amoxicilina 1 gr c/ 12 hrs, claritromicina 500 mg c/ 12 hrs, metronidazol 500 mg c/12 hrs. **Control de Antígeno fecal (AgF) de HP** al menos 1 mes posterior a tratamiento y 15 días sin esomeprazol. **Resultados:** Los resultados obtenidos son graficados en la tabla 1 y 2. En la tabla 1 se observa que existe un porcentaje importante de pacientes sin control posterior, sin embargo, con fines comparativos con respecto a trabajo local previo, en la tabla 2 podemos ver el total de pacientes controlados y la efectividad del tratamiento dada por la erradicación de HP. **Conclusión:** Dentro de los datos recolectados y los resultados que se obtuvieron destaca la baja tasa de control de los pacientes que incrementa la incertidumbre de resultados a nivel local, con un sesgo de exclusión de pacientes no controlados que comprenden un 56,4% del total. Aun así, si analizamos el grupo de pacientes con control posterior las tasas de erradicación de 91.8% que se encuentra dentro del rango objetivo de cualquier tratamiento antibiótico, pese a esto el último reporte echo a nivel local (2018) demostraba tasas de erradicación de un 100% por lo que podríamos pensar en un aumento de la tasa de resistencia antibiótica con esta variable estadísticamente significativa.

Tabla 1:

Total de pacientes con TU+	140	100%
AgF negativo	56	40%
AgF positivo	5	3,58%
Sin tratamiento	1	0.71%
Sin control posterior	78	55.71%

Tabla 2:

Total de pacientes con TU+ con control posterior	61	100%
AgF negativo	56	91.8%
AgF positivo	5	8.2%

## #80 - RESULTADOS A 6 MESES DE PACIENTES TRASPLANTADOS POR ACLF EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE JOVEN EN CHILE

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-080>

Matías Sanhueza Montequin<sup>1</sup>, Nicole Mac-Guire Macchiavello<sup>1</sup>, Giovanna Zavadzki Albuquerque<sup>2</sup>, Elizabeth Rivas Garrido<sup>3</sup>, Vicente González Isla<sup>1</sup>, José Tomás Leyton Bustamante<sup>1</sup>, Valeria Galaz Kutulas<sup>2</sup>, Marta Contreras Rojas<sup>2</sup>, Milenka Matulic Cubelli<sup>2</sup>, Natalia Mendoza Matamala<sup>2</sup>, Julio Benítez Pérez<sup>2</sup>, Erwin Buckel Schaffner<sup>2</sup>, Edmundo Martínez Escalona<sup>2</sup>, Rolando Rebolledo Acevedo<sup>2</sup>, Rodrigo Wolff Rojas<sup>2</sup>, Blanca Norero Muñoz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina Clínica Alemana-UDD, <sup>2</sup>Complejo Asistencial Sótero del Río, <sup>3</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los pacientes con ACLF deben ser evaluados precozmente para trasplante debido a su elevada mortalidad (mortalidad sin THO a 28 días: grado 1 = 14,6%, 2 = 32%, 3 = 78,6%). El THO mejora la sobrevida en aquellos con ACLF grado 2 y 3 (85-89% a 3 meses y 74-78% a 6 meses). Los pacientes con ACLF grado 2 y 3 son un desafío para los equipos de trasplante. Se han desarrollado nuevos scores pronósticos para ayudar en la toma de decisiones, tales como el SALT-M o TAM. Los datos sobre este escenario son escasos en Chile y en América Latina. **Objetivos:** Determinar la sobrevida de los pacientes con ACLF que se sometieron a THO en nuestro centro entre enero de 2020 y febrero de 2024. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se recopilaron datos clínicos y de laboratorio. La cohorte se dividió en 3 grupos según el grado de ACLF. Se calcularon los puntajes de ACLF y se determinó la sobrevida a los 28 días, 3 y 6 meses después del THO. Se realizó una curva de Kaplan-Meier a los 6 meses. **Resultados:** Un total de 87 trasplantes se realizaron entre enero de 2020 y febrero de 2024. 27 pacientes (31%) tenían ACLF antes del trasplante (grado 1 = 18,6%, 2 = 40,7%, 3 = 40,7%). La Tabla 1 muestra los datos generales de los pacientes trasplantados por ACLF. Las etiologías más frecuentes fueron alcohol (48,2%) y autoinmune (22,2%). Las infecciones fueron la comorbilidad extrahepática más frecuente tanto antes como después del THO (77,8% y 92,6% respectivamente). La estadía hospitalaria fue prolongada (grado 1 = 29,4 días, 2 = 33,6 días, 3 = 52,6 días). La sobrevida a los 28 días, 3 y 6 meses fue del 88,9%, 85,2% y 74,1% respectivamente. El grupo ACLF grado 2 tuvo la mejor sobrevida a 6 meses (90,9%). La Figura 1 muestra la curva de Kaplan-Meier a los 6 meses. La falla orgánica múltiple (FOM) fue la principal causa de muerte reportada (57%), seguida de infecciones (29%). **Conclusiones:** Los resultados en ACLF grado 2 y 3 fueron concordantes con los datos nacionales e internacionales. Los pacientes con ACLF grado 1 se encuentran subrepresentados. Las infecciones fueron la principal complicación pre y post trasplante. El SALT-M score se correlaciona con gravedad, pero no habría cambiado la decisión de realizar el trasplante. Se observa una estadía hospitalaria prolongada en este grupo, relacionada de forma directa con el grado de ACLF. La cohorte aún se encuentra en seguimiento e incorporando nuevos pacientes.

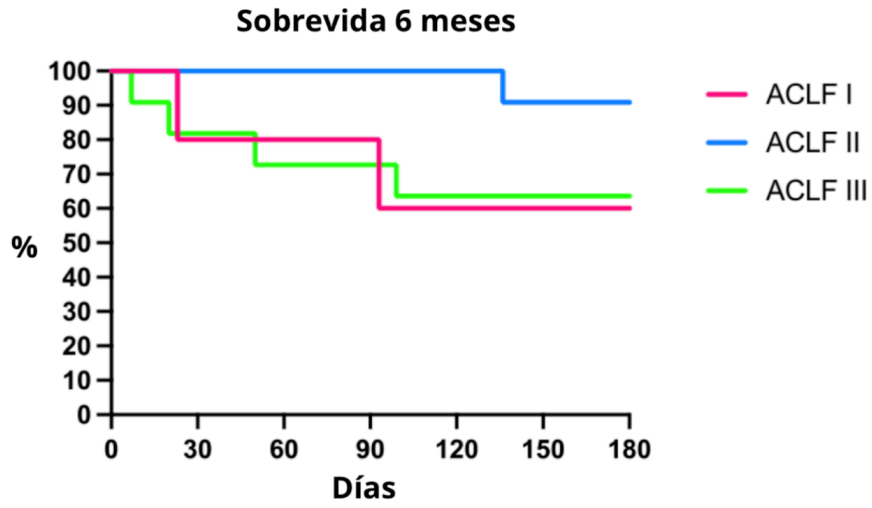
Tabla 1: Características y resultados de los pacientes trasplantados con ACLF



n	Grado de ACLF			
	1	2	3	3
27 (100%)	5 (18,6%)	11 (40,7%)	11 (40,7%)	
Edad	54,15 ± 8,31	51,6 ± 3,91	56,09 ± 6,77	53,36 ± 10,94
Mujeres (%)	51,85	80	63,64	27,27
Índice de masa corporal (IMC)	28,99 ± 5,79	28,02 ± 6,37	29,51 ± 6,19	28,92 ± 5,66
Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI)	4,59 [3 - 10]	3,8 [3 - 4]	5,18 [3 - 10]	4,36 [3 - 7]
<b>ETIOLOGÍA (%)</b>				
Alcohol	48,15	40	36,36	63,64
Autoinmune	22,22	40	36,36	0
Criptogénica	14,81	0	9,1	27,27
Metabólica	11,11	0	18,18	9,09
Biliar	3,7	20	0	0
<b>COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS (%)</b>				
Várices esofágicas/gástricas	66,67	80	54,55	72,73
Encefalopatía hepática (EH)	77,78	100	72,73	72,73
Ascitis	92,59	80	90,91	100
HCC	3,7	0	9,09	0
<b>PRE THO</b>				
MELD-Na (ingreso)	33,63 [21 - 40]	30 [21 - 37]	32,45 [22 - 40]	36,45 [24 - 40]
MELD 3.0 (ingreso)	35,67 [23 - 43]	31,4 [23 - 38]	34,64 [25 - 42]	38,64 [25 - 43]
Estadía hospitalaria (días) UCI (x̄)	5,7 [0 - 24]	3,4 [0 - 9]	0,82 [0 - 4]	11,64 [0 - 24]
Infecciones (%)	77,78	60	63,64	100
<b>INMEDIATAMENTE PRE THO</b>				
Bilirrubina total (mg/dL)	22,99 ± 13,6	19,15 ± 20,26	21,83 ± 12,22	25,9 ± 12,23
Creatinina (mg/dL)	1,68 ± 0,86	1,66 ± 0,94	1,22 ± 0,71	2,15 ± 0,58
EH WH III-IV (%)	22,22	0	9,09	45,45
INR	3,22 ± 1,47	2,02 ± 0,37	3,96 ± 1,94	3,03 ± 0,65
Drogas vasoactivas (%)	37,04	0	18,18	72,73
TRR (%)	44,44	20	9,09	90,91
Ventilación mecánica invasiva (%)	37,04	40	0	72,73
MELD-Na	35,56 [23 - 40]	29,4 [23 - 35]	34,18 [25 - 40]	39,73 [38 - 40]
MELD 3.0	36,26 [25 - 49]	30,4 [25 - 35]	36 [25 - 49]	39,18 [31 - 47]
CLIF-C OF	12,59 [7 - 17]	9 [7 - 10]	11,27 [10 - 12]	15,55 [13 - 17]
CLIF-C ACLF	56,11 [38 - 80]	42,8 [38 - 49]	50,72 [46 - 57]	67,55 [51 - 80]
SALT-M score	13,66 ± 4,83	9,18 ± 1,25	13,27 ± 4,76	16,08 ± 4,56
TAM score (ACLF 3)	1,18 [0 - 2]			1,18 [0 - 2]
<b>POST THO</b>				
Estadía hospitalaria (días) UCI (x̄)	13,93 [3 - 50]	9,2 [4 - 23]	10,18 [3 - 20]	19,82 [4 - 50]
Estadía hospitalaria (días) total (x̄)	40,56 [7 - 121]	29,4 [11 - 68]	33,55 [13 - 114]	52,64 [7 - 121]
<b>Complicaciones (%)</b>				
Nº de complicaciones (x̄)	2,26 [1 - 5]	2,8 [1 - 5]	2 [1 - 4]	2,27 [1 - 4]
Infecciones	92,59	100	81,82	100
Neurológicas	29,63	40	27,27	27,27
Biliar	18,52	40	9,09	18,28
Sangrado	14,81	20	18,18	9,09
Vascular	11,11	20	9,09	9,09
Otras	59,26	60	54,55	64,64
<b>SOBREVIDA</b>				
28 DÍAS (%)	88,89	80	100	81,82
3 MESES (%)	85,19	80	100	72,73
6 MESES (%)	74,07	60	90,91	63,64

Figura 1: Curva de Kaplan-Meier de sobrevida a 6 meses





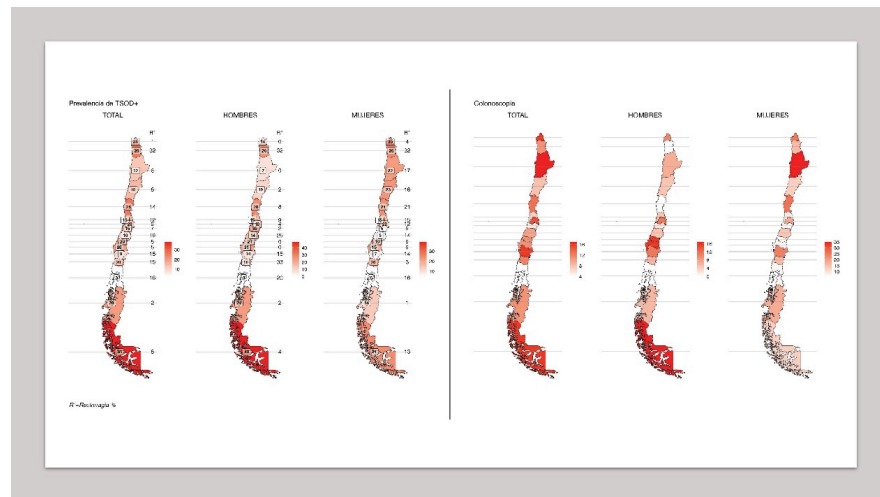
# #81 - COBERTURA DEL TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL Y ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE COLONOSCOPIA EN CHILE. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-081>

Oscar Corsi<sup>1</sup>, Johanna Acevedo<sup>2</sup>, Maite González<sup>2</sup>, Alvaro Passi<sup>1</sup>, Hugo Monroy<sup>1</sup>, Bruno Nervi<sup>3</sup>, Paula Margozzini<sup>1</sup>, Felipe Fernando Quezada-Díaz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Universidad del Desarrollo, <sup>3</sup>Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN), <sup>4</sup>Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es la cuarta y quinta causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres en Chile, respectivamente. Aunque el tratamiento y seguimiento del CCR están cubiertos por el Régimen GES desde 2013, aún no se ha implementado un programa de tamizaje poblacional. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 indicó que solo el 8,7% de los adultos de 50 a 75 años habían recibido una colonoscopia. Para evaluar la viabilidad de implementar un programa de tamizaje, es crucial conocer la cobertura actual de colonoscopia y estimar la demanda futura. **Objetivo:** Estimar la cobertura de colonoscopia en adultos de 50 a 75 años utilizando datos de la ENS 2016-2017 y analizar la demanda de colonoscopias basada en test de sangre oculta en deposiciones inmunológica (FIT) cualitativo en una subpoblación representativa de dicha encuesta. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal de base poblacional entre 2016 y 2017. Se calculó la prevalencia de síntomas y la cobertura de colonoscopia en la población objetivo. Además, se aplicó un FIT cualitativo a una subpoblación beneficiaria de FONASA representativa del grupo etario. Las prevalencias de colonoscopia y FIT positivo se compararon entre grupos, y se construyeron modelos multivariados ajustados por variables como sexo, edad, zona, previsión de salud, IMC, consumo de alcohol, tabaco y antecedentes familiares de CCR. **Resultados:** Entre los pacientes encuestados, el 22,0% (IC95% 8,2-42,5) reportó antecedentes familiares de CCR, el 15,6% (IC95% 8,6-25,2) presentó rectorragia y el 13,2% (IC95% 9,2-18,2) mostró cambios en el tránsito intestinal. La prevalencia de colonoscopia alguna vez en la vida fue del 11,8% (IC95% 9,3-14,6), siendo mayor en el grupo de 66-70 años (OR 4,04; IC95% 1,9-8,8) y en quienes reportaron diarrea (OR 1,93; IC95% 1,1-3,5); no se observaron diferencias significativas por sexo, nivel educativo, zona de residencia o antecedentes familiares. La cobertura de colonoscopia en los últimos 5 años fue del 7,5% (IC95% 5,6-9,8), destacando entre quienes tenían antecedentes familiares (OR 3,2; IC95% 1,2-8,7), sin diferencias por edad, sexo, nivel educativo, zona o región de residencia. La submuestra del FIT incluyó 892 personas (56,5% de retorno), con una edad promedio de 60,5±2,8 años, 64,8% mujeres y 3,2% con antecedentes familiares de CCR. La prevalencia de sangrado digestivo bajo en los últimos 3 meses fue del 10,2% y la de cambios en el hábito intestinal, del 36,9%. La positividad del FIT fue del 17,5% (IC95% 14,1-21,3), sin diferencias significativas por sexo, antecedentes familiares de CCR o síntomas reportados. **Conclusión:** La cobertura de colonoscopia sigue siendo baja, incluso en personas con síntomas. La implementación de un programa de tamizaje basado en FIT requeriría aumentar la oferta de colonoscopias para satisfacer la demanda. Estos hallazgos son fundamentales para evaluar la viabilidad de un programa nacional de tamizaje para CCR.



## #82 - USO DE AMIKACINA Y RIESGO DE NEFROTOXICIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA HOSPITALIZADOS POR SEPSIS

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-082>

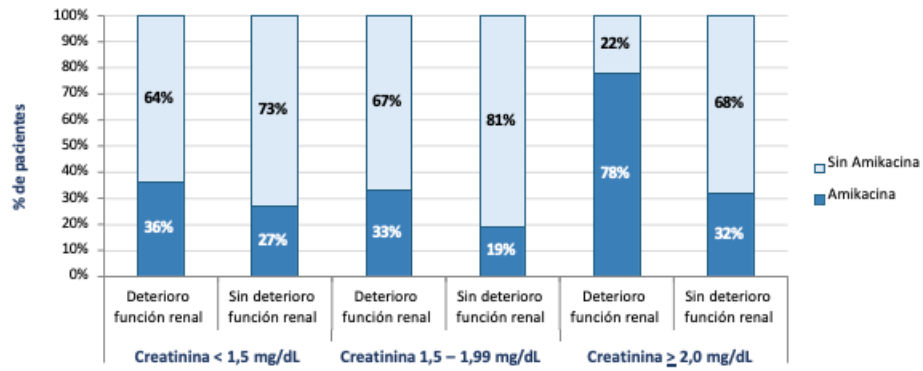
Alonso Andrés Sáez Bizama<sup>1</sup>, Jaime Poniachik Teller<sup>1</sup>, Carlos Padilla Gómez<sup>1</sup>, Daniela Simian Marín<sup>1</sup>, Juan Medel Fernández<sup>1</sup>, Alvaro Urzúa Manchego<sup>1</sup>, Juan Roblero Cum<sup>1</sup>, Gabriel Méndez<sup>2</sup>, María Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** Los aminoglucósidos son un grupo de antibióticos de amplio espectro, que tienen acción especialmente contra bacterias gramnegativas. Se asocia a nefrotoxicidad en el 10-20% de los casos, cifra que aumenta en pacientes con cirrosis hepática. La amikacina se utiliza frecuentemente en sepsis, existiendo poca información sobre el riesgo de nefrotoxicidad en cirrosis. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el uso de amikacina y el deterioro de la función renal en pacientes con cirrosis hepática y sepsis. **Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico en pacientes con cirrosis hepática de cualquier etiología, que requirieron hospitalización por sepsis entre 2017 y 2023, y que recibieron terapia antibiótica. Se utilizó como marcador de deterioro de la función renal un aumento de la creatinina sérica  $\geq 0,3$  mg/dl en los primeros 7 días de hospitalización. Se compararon variables clínicas, insuficiencia renal y mortalidad entre pacientes que recibieron amikacina y aquellos que no la recibieron. Para el análisis de datos se utilizó Stata 13.0 con una significancia estadística de 0.05. **Resultados:** En este estudio se incluyeron 228 pacientes, mediana de edad 65 años (54-70), 100 (44%) mujeres, 70 recibieron amikacina (31%). El deterioro de la función renal se presentó en 25 (36%) pacientes con amikacina y 33 (21%) sin amikacina. En pacientes con creatinina sérica inicial  $> 2.0$  mg/dl, y en aquellos con cirrosis Child-Pugh C, la probabilidad de desarrollar deterioro de la función renal fue mayor en aquellos que recibieron amikacina (OR 7.5; IC 95% 1.1 – 48.0,  $p=0.031$  y OR 2.51; IC 95% 1.06 – 5.97,  $p=0.036$ , respectivamente). Se adjunta una tabla comparativa y un gráfico de los diferentes subgrupos. **Conclusión:** El uso de amikacina se asoció a deterioro de la función renal en pacientes con cirrosis hepática y sepsis, principalmente en cirrosis Child-Pugh C y con creatinina sérica inicial  $> 2,0$  mg/dl.

Evaluación del desarrollo de deterioro de la función renal en diferentes grupos de pacientes en relación al uso o no de Amikacina		Deterioro función renal N = 58 (25%)	Sin deterioro función renal N = 170 (75%)	Valor p
<b>Según la presencia de shock séptico</b>				
Con shock séptico (N = 74)	Amikacina	16 (57)	22 (48)	0,437
	Sin Amikacina	12 (43)	24 (52)	
Sin shock séptico (N = 154)	Amikacina	9 (30)	23 (19)	0,165
	Sin Amikacina	21 (70)	101 (81)	
<b>Según scores pronósticos</b>				
Child-Pugh A – B (N = 104)	Amikacina	10 (34)	18 (24)	0,280
	Sin Amikacina	19 (66)	57 (76)	
Child-Pugh C (N = 123)	Amikacina	14 (50)	27 (28)	<b>0,033</b>
	Sin Amikacina	14 (50)	68 (72)	
Meld-Na $< 20$ (N = 77)	Amikacina	3 (25)	14 (21)	0,524
	Sin Amikacina	9 (75)	51 (78)	
Meld-Na $\geq 20$ (N = 150)	Amikacina	21 (47)	31 (30)	<b>0,034</b>
	Sin Amikacina	24 (53)	74 (70)	
<b>Sospecha inicial de infección por bacterias Gram (-) según foco infeccioso</b>				
Sospecha infección Gram (-) (N = 171)	Amikacina	21 (48)	41 (32)	0,066
	Sin Amikacina	23 (52)	86 (68)	
Sin sospecha infección Gram (-) (N = 57)	Amikacina	4 (28)	4 (9)	0,071
	Sin Amikacina	10 (71)	39 (91)	

Deterioro de la función renal según valor de creatinina de ingreso en pacientes con y sin uso de Amikacina



# #83 - EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE CLASIFICACIONES ENDOSCÓPICAS PARA LA DETECCIÓN DE CONDICIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN POBLACIÓN CHILENA: ¿ES POSIBLE LLEGAR A PRESCINDIR DE LAS BIOPSIAS?

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-083>

Mauricio Andrés Pizarro Véliz<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Margarita Pizarro Rojas<sup>1</sup>, Nancy Solís López<sup>1</sup>, Patricio Medel Jara<sup>1</sup>, Paula Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>1</sup>, Laura Huidobro Muñóz<sup>2</sup>, Mauricio Morales Insunza<sup>2</sup>, Carmen Gloria Tapia Valdivia<sup>2</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Alejandro Soza Reid<sup>1</sup>, Juan Francisco Miquel Poblete<sup>1</sup>, Robinson González Donoso<sup>1</sup>, Oscar Corsi Sotelo<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abde<sup>1</sup>, Carlos Benítez Gajardo<sup>1</sup>, Gustavo Ayares Campos<sup>1</sup>, Diego Reyes Placencia<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Camila Avilés Sanchez<sup>1</sup>, Renato Palma Fernández<sup>1</sup>, Camila Jure Bustamante<sup>1</sup>, Bárbara Riffo Vicencio<sup>1</sup>, Richard Martínez Ruiz<sup>1</sup>, Manuel Barrera Oñate<sup>1</sup>, Belén Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Nilton Palacios Maldonado<sup>3</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Universidad Católica del Maule, <sup>3</sup>Hospital de Molina.

**Introducción:** Existen clasificaciones endoscópicas internacionalmente validadas que permiten una aproximación diagnóstica de las condiciones premalignas gástricas (CPMG), como gastritis crónica atrófica (GCA) y metaplasia intestinal (MI). No obstante, su uso no ha sido generalizado en Chile probablemente por la inexistencia de datos que demuestren el rendimiento diagnóstico para nuestra población, considerando que su implementación podría disminuir la necesidad de biopsias gástricas protocolizadas. **Objetivo:** Evaluar el rendimiento diagnóstico de las clasificaciones Kimura-Takemoto (KT) y EGGIM (Endoscopic Grading of Gastric Intestinal Metaplasia) para la detección de CPMG en población chilena residente de una localidad con alta incidencia de cáncer gástrico. **Métodos:** Estudio observacional de corte transversal realizado en usuarios del Hospital de Molina (Región del Maule, Chile), quienes se encontraban en lista de espera para endoscopia digestiva alta, solicitadas principalmente por síntomas dispépticos. Se organizaron operativos endoscópicos por parte de gastroenterólogos staff y residentes bajo supervisión directa, realizándose 128 endoscopias de manera electiva. En ellas se aplicaron las clasificaciones KT y EGGIM, obteniéndose además biopsias gástricas según protocolo Sydney actualizado. Se contrastaron los hallazgos endoscópicos con los reportes anatomopatológicos emitidos por patólogos expertos y se realizaron curvas ROC para determinar el desempeño de las clasificaciones en cuanto a su capacidad diagnóstica de CPMG. **Resultados:** Se incluyeron 128 pacientes [72.7% mujeres], con una media de edad 58.4±13.4 años. Hallazgos endoscópicos: 35.1% presentó test rápido de ureasa positivo. Un 75% obtuvo KT C0-C2 y un 25% KT C3-O3. Un 76.5% presentó EGGIM 0-1 puntos. Hallazgos histológicos: Un 31.2% presentó H. pylori en mucosa gástrica (Giemsa) y 10.9% de las biopsias fueron sugerentes de gastritis autoinmune. 59.4% y 65.6% presentó estadios OLGA y OLGIM 0; 16.4% y 13.3% OLGA y OLGIM I; 13.3% y 10.9% OLGA y OLGIM II; 5.5% OLGA-OLGIM III; 5.5% y 4.7% OLGA y OLGIM IV, respectivamente. KT mostró un AUC 0.85 para diagnosticar GCA y C3 fue el mejor punto de corte para identificar OLGA ≥II [S: 90% E: 71% VPP: 91% VPN: 69%]. EGGIM mostró un AUC 0.83 para MI, siendo ≥2 puntos el mejor umbral para identificar OLGIM ≥II [S: 89% E: 70% VPP: 92% VPN: 63%]. La combinación de ambas clasificaciones demostró el mejor rendimiento para categorizar a los pacientes de bajo riesgo de CPMG cuando presentaron KT C0-C2 + EGGIM 0-1 [AUC 0.86 S: 90% E: 84% VPP: 64% VPN: 96% para OLGA II-IV; AUC 0.89 S: 96% E: 82% VPP: 59% VPN: 99% para OLGIM II-IV] y quienes cumplieron con esta condición correspondieron al 65.6% (n=84) del total de la cohorte. **Conclusión:** Las clasificaciones endoscópicas de KT y EGGIM combinadas presentan un elevado rendimiento discriminativo para detectar pacientes de bajo riesgo de CPMG en nuestra población. Su aplicación sistemática podría ayudar a descartar sujetos que no requieren biopsias gástricas de rutina debido a su bajo perfil de riesgo, los que al representar una mayoría permitirían focalizar mejor los recursos dirigiéndolos hacia la población de mayor riesgo.



**Tabla 1.** Características de los pacientes, clasificaciones endoscópicas e histología

	<b>Total N=128</b>
<b>VARIABLES CLÍNICAS</b>	
Sexo, n (%)	
Femenino	93 (72.7)
Masculino	35 (27.3)
Edad	
Media ± DS	58.4 ± 13.4
Mediana (años)	59
17-39 años, n (%)	9 (7)
40-65 años, n (%)	76 (59.4)
>65 años, n (%)	43 (33.6)
Familiar cáncer gástrico primer grado, n (%)	19 (23)
Infección activa por <i>H. pylori</i> , n (%)	
Test de ureasa en mucosa gástrica	45 (35.1)
Tinción Giemsa (biopsia)	40 (31.2)
Gastritis autoinmune (biopsia), n (%)	14 (10.9)
<b>CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA</b>	
Kimura-Takemoto, n (%)	
C0	46 (35.9)
C1	28 (21.9)
C2	22 (17.2)
C3	9 (7)
O1	6 (4.7)
O2	8 (6.3)
O3	9 (7)
EGGIM, n (%)	
0	91 (71)
1	7 (5.5)
2	8 (6.3)
3	7 (5.5)
4	3 (2.3)
5	3 (2.3)
6	8 (6.3)
7	0 (0)
8	0 (0)
9	1 (0.8)
10	0 (0)
<b>HISTOLOGÍA</b>	
OLGA, n (%)	
0	76 (59.4)
I	21 (16.4)
II	17 (13.2)
III	7 (5.5)
IV	7 (5.5)
OLGIM, n (%)	
0	84 (65.6)
I	17 (13.3)
II	14 (10.9)
III	7 (5.5)
IV	6 (4.7)
Displasia, n (%)	
Bajo grado	2 (1.6)
Alto grado	0 (0)
Adenocarcinoma gástrico, n (%)	0 (0)

DS: desviación estándar; EGGIM: Endoscopic Grading of Gastric Intestinal Metaplasia; OLGA: Operative Link on Gastritis Assessment; OLGIM: Operative Link For Gastric Intestinal Metaplasia



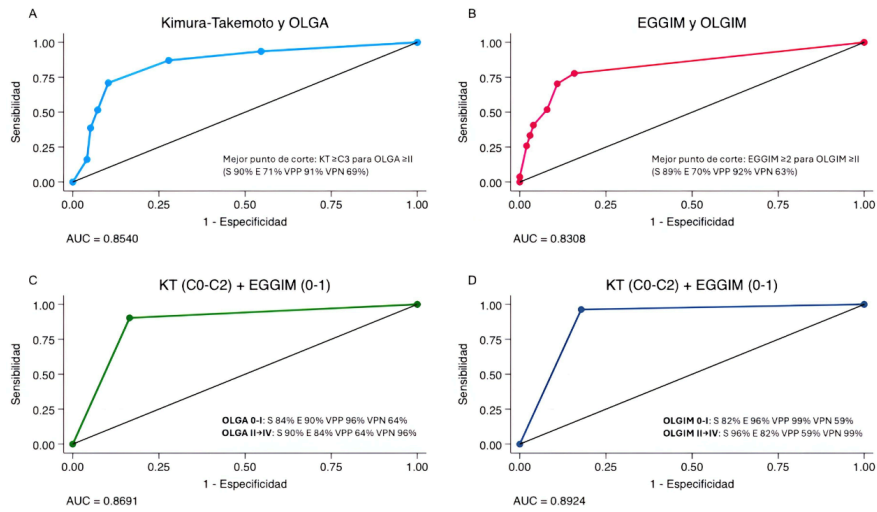


Figura 1. Curvas ROC de rendimiento diagnóstico para las clasificaciones endoscópicas: KT respecto de OLGA (A), EGGIM respecto de OLGIM (B), combinación de KT y EGGIM de bajo riesgo respecto de OLGA (C) y combinación de KT y EGGIM de bajo riesgo respecto de OLGIM (D)



## #84 - EFECTOS ADVERSOS A TIOPURINAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SE ASOCIAN A MAYOR EDAD Y MENOR INDICE DE MASA CORPORAL

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-084>

Francisca Grandón Romero<sup>1</sup>, Belén Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Magdalena Ibacache Cortés<sup>1</sup>, Dayana Castillón Huanca<sup>2</sup>, Valeria Granzotto Del Pozzo<sup>1</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Carolina Pávez Ovalle<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abde<sup>1</sup>, Ignacia Sepúlveda Rodríguez<sup>1</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Hospital de Los Andes.

**Introducción:** Las tiopurinas han sido utilizadas en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), principalmente en países con bajo acceso a terapias avanzadas. Sin embargo, su uso no está exento de riesgos, y sus efectos adversos (EA) abarcan desde reacciones de hipersensibilidad aguda hasta complicaciones a largo plazo como malignidad. Los factores de riesgo para desarrollar EA a tiopurinas son múltiples en la literatura internacional, pero los datos son escasos en Latinoamérica. Dado que la mayoría de los pacientes chilenos con EII deben usar tiopurinas y demostrar inmuno-refractoriedad para acceder a terapias biológicas a través de la Ley Ricarte Soto, es relevante conocer los factores que se asocian a mayor probabilidad de EA. **Objetivos:** Caracterizar la población de pacientes con EII que presenta EA a tiopurinas y determinar los factores de riesgo asociados a estos eventos. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de población adulta con diagnóstico de EII confirmada usuarios de tiopurinas en control en la Red de Salud UC-Christus. Se obtuvieron datos demográficos, índice de masa corporal (IMC) y datos clínicos a través de revisión de ficha médica. EA fue definido como aquella complicación que determinaba suspensión del tratamiento. Se realizó un análisis uni y multivariable de las variables asociadas a EA. **Resultados:** Se analizó un total de 323 pacientes con EII tratados con tiopurinas con una mediana de edad de inicio de este tratamiento de 35 años (RIC 25-50), 182 (56,3%) fueron mujeres y 174 (53,9%) tenían enfermedad de Crohn, 131 (40,6%) colitis ulcerosa y 18 (5,6%) colitis no clasificable. La mediana de uso de tiopurinas fue de 4 años (RIC 1-9) siendo 286 pacientes (88%) usuarios de azatioprina. Un total de 149 pacientes (46,1%) suspendieron el tratamiento por variados motivos (Tabla 1), incluyendo 79 (24%) que suspendieron el tratamiento debido a EA. Los EA que determinaron más frecuentemente suspensión de la terapia fueron: mielosupresión (n=30; 9,2%); intolerancia gastrointestinal (n=29; 8,9%); hepatitis (n=7; 2,1%) y pancreatitis (n = 7; 4,7%). Se registraron además 1 caso de linfoma y 2 casos de cáncer de piel. Los factores asociados a EA en el análisis univariable se muestran en la Tabla 2. El análisis multivariable demostró que mayor edad (OR 1,06; IC 95% 1,02-1,1) y menor IMC (OR 0,71; IC 95% 0,57-0,86) se asociaron a EA independiente del sexo, tipo de EII y dosis de tiopurinas por Kg. Estas asociaciones se mantuvieron significativas (Edad: OR 1,04; IC 95% 1,01-1,09 e IMC: OR 0,75; IC 95% 0,6-0,9) cuando se excluyeron pacientes con intolerancia gastrointestinal y neoplasias. **Conclusiones:** A pesar de su eficacia, las tiopurinas se asocian con efectos adversos significativos los cuales son más frecuentes a mayor edad y menor IMC, independiente de su dosis por kilo de peso. Estos pacientes si bien se benefician de la terapia con tiopurinas, deberían tener una monitorización más estrecha del tratamiento.

Tabla 1. Razones para suspender uso de tiopurinas

	n = 149
Efectos adversos	79 (53,0%)
Falta de respuesta	22 (14,8%)
Inicio de biológicos	5 (3,4%)
Decisión del paciente	22 (14,8%)
Otras	8 (5,4%)
Desconocido	10 (6,7%)

Tabla 2. Características de la cohorte total y análisis univariable de pacientes que suspendieron o no la terapia con tiopurinas debido a efectos adversos

	Total (n = 323)	Sin EA (n = 244)	Con EA (n = 79)	P
Edad al inicio de tiopurinas, años	35,0 (25-50)	35,0 (25-48)	39,0 (27-61)	0,08
Sexo, femenino	182 (56,3)	138 (56,6)	44 (55,7)	0,8
IMC, Kg/talla <sup>2</sup>	24,1 (21-27)	25,1 (21-28)	22,3 (21-24)	0,01
Tabaquismo actual	42 (13,0)	28 (11,5)	14 (17,7)	0,1
Tipo de EII				0,2
Enfermedad de Crohn	174 (53,9)	125 (51,2)	24 (62,0)	
Colitis ulcerosa	131 (40,6)	104 (42,6)	27 (34,2)	
Colitis no clasificable	18 (5,6)	15 (6,1)	3 (3,8)	
Tipo de tiopurina, azatioprina	216 (88,5)	216 (88,5)	70 (88,6)	0,8
Dosis de tiopurina máxima usada, mg/Kg/día	1,79 (1,19-2,21)	1,82 (1,21-2,27)	1,60 (1,09-2,05)	0,07

EA, efectos adversos que motivaron suspensión. Variables categóricas son expresadas como n (%) y continuas como mediana (rango intercuartil)

# #85 - DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, DE CHILE, ENTRE LOS AÑOS 2021 - 2023

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-085>

Fernanda Matamala González<sup>1</sup>, Carla Neira Aguayo<sup>1</sup>, Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernandez<sup>1</sup>, Ricardo Fritz Garrido<sup>2</sup>, Jaime Marín Cáceres<sup>1</sup>, Nalaty Aguilar Estay<sup>1</sup>, Andrés De la Vega Bustamante<sup>1</sup>, Edmundo Aravena Torres<sup>1</sup>, Sergio Pino Orellana<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Verónica Silva Figueroa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Borja, <sup>2</sup>Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** La infección por tuberculosis (TBC) es una afección causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* que afecta aproximadamente al 25% de la población mundial, con una prevalencia en Chile del 23%. Las personas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que requieren medicamentos inmunosupresores, incluyendo la corticoterapia, tienen un mayor riesgo de reactivación de TBC latente, especialmente cuando se toman más de 15 mg por día o durante un uso prolongado. Por lo tanto, resulta esencial el tamizaje en estos pacientes para detectar TBC latente antes de iniciar terapias inmunosupresoras, con el fin de prevenir la enfermedad activa por tuberculosis. **Objetivos:** Describir la prevalencia de infección por TBC latente en pacientes con EII, que iniciaron tratamiento inmunosupresor, y explorar la relación entre la dosis de corticoesteroides y las diferencias en los resultados de la prueba cutánea de tuberculina (PPD). **Metodología:** Se realizó un estudio de corte transversal, observacional y retrospectivo en 95 pacientes con EII confirmado y que fueron tratados entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Se evaluó la infección de TBC latente mediante el estudio con PPD, y en aquellos con estudio positivo, se obtuvieron las variables demográficas, clínicas, tratamiento inmunosupresor previo y el diámetro del halo de la PPD. Los datos fueron obtenidos de los registros médicos electrónicos. **Criterios de inclusión:** Paciente con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria y mayores de 18 años con indicación de terapia inmunosupresora. **Criterios de exclusión:** Pacientes menores de 18 años y pacientes con TBC activa conocida. **Resultados:** De los 95 pacientes evaluados, el 39% (37 pacientes) presentó una prueba positiva para infección por TBC latente. De esos, la edad promedio fue de 42 años, con predominio de mujeres (70%) y nacionalidad chilena (84%). El 50% de estos pacientes llevaba más de 10 años con el diagnóstico de EII. El 41% de los pacientes con infección por TBC latente estaban bajo corticoterapia, de los cuales el 65% había recibido prednisona por más de un mes, y el 32% superaban los 15 mg diarios. Además, el 46% usaba azatioprina y el 8% tratamientos biológicos al momento del estudio con PPD. El diámetro promedio de induración en la PPD fue de 15 mm. **Discusión:** En un estudio descriptivo de 95 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que iniciaron tratamiento inmunosupresor, se observó una alta prevalencia de TBC latente, con un 39% de resultados positivos en la prueba de PPD. El 32% de los pacientes usaba dosis superiores a 15 mg de prednisona, lo que aumentaba el riesgo de reactivación de tuberculosis. Además, el 65% había utilizado corticoides por más de un mes, destacando el impacto de la exposición prolongada. **Conclusiones:** Dado la alta prevalencia de infección TBC latente en pacientes con EII, los resultados resaltan la importancia de un cribado exhaustivo de esta infección previo a iniciar una terapia inmunosupresora para reducir el riesgo de reactivación, especialmente en aquellos con exposición prolongada a corticoides. Se necesitan estudios adicionales para evaluar la efectividad de las estrategias óptimas de detección y manejo en esta población.

**Tabla 1: Características de los pacientes con TBC latente.**

Ítem	Cantidad	Porcentaje
Sexo femenino	26	70%
Sexo masculino	11	30%
Nacionalidad chilena	31	84%
Nacionalidad extranjera	6	16%
Edad promedio de pacientes	42	
Pacientes con diagnóstico mayor a 10 años	19	51%
Colitis Ulcerosa	29	78%
Enfermedad de Crohn	8	22%
Diámetro promedio de PPD (Milímetros)	15	
Uso de prednisona pre PPD mayor a 1 mes	15	41%
Dosis de prednisona mayor a 15 mg al día	12	32%
Uso previo de corticoides	24	65%

**Tabla 2: Relación entre el uso de corticoides y la dosis administrada**

		DOSIS DE PREDNISONA		TOTAL
		Menos de 15 mg	Más de 15 mg	
	NO	13	0	<b>13</b>
	SI	12	12	<b>24</b>
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>12</b>	<b>37</b>



# #86 - ROL DEL SCORE ENDOSCÓPICO PARA PREDECIR RESPUESTA HISTOLÓGICA A TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-086>

Fabiola Castro Preter<sup>1</sup>, Cristián Von Muhlenbrock Pinto<sup>1</sup>, Raúl Araya Jofre<sup>1</sup>, Rodrigo Quera Pino<sup>1</sup>, Paulina Núñez Figueroa<sup>1</sup>, German Lobos González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de los Andes.

**Introducción:** La Esofagitis Eosinofílica (EoE) es una patología inflamatoria crónica, inmunomediada, caracterizada por síntomas de disfunción esofágica e infiltrado eosinofílico de la mucosa esofágica manifestado en fenotipo inflamatorio y fibroestenotante. La prevalencia en adultos es de 5 a 10/100.000 personas año, observándose un aumento en series locales. Los criterios diagnósticos se basan en la presencia de síntomas esofágicos asociados a un aumento  $\geq 15$  eos/hpf en biopsias esofágicas. Las estrategias de tratamiento son: dieta de eliminación, uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), corticoides tópicos, y en casos seleccionados dilatación endoscópica y fármacos biológicos; cuyo fin es la mejoría sintomática, endoscópica y remisión histológica. En estudios internacionales el Score endoscópico EREFS [E:edema; R:Rings (anillos); E:exudates (exudados); F:furrows (surcos), S:Stricture (estenosis)], ha demostrado rol en detección y diagnóstico de la enfermedad, no así una correlación con la remisión histológica. No existen datos en nuestra población sobre la utilidad del score en predecir mejoría histológica. **Objetivos:** Correlacionar Score endoscópico EREFS con remisión histológica en pacientes adultos con EEO atendidos en nuestro centro. **Metodología:** Revisión retrospectiva de endoscopias y biopsias de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EEO, pertenecientes al programa de enfermedades inmunomediadas de nuestro centro entre los años 2021 y 2024. Con consentimiento informado de pacientes seleccionados, se procedió a documentar Score endoscópico EREFS y recuento de eosinofilo previo y posterior a tratamiento, ya sea IBP, corticoides, dieta de eliminación o mixto. Se definió respuesta histológica a  $< 15$  eos/hpf. Se realizó análisis estadístico con índice de Pearson, utilizando Paquete estadístico IBM.SPSS-V.29. para correlacionar entre puntuación EREFS y número de eosinófilos. **Resultados:** De un total de 47 pacientes con edad media de 36,9 años y preferencia por género masculino en 85%. Los síntomas más prevalentes correspondieron a disfagia (40%) y pirosis (30%). Del total de pacientes analizados, se obtuvo un score de EREFS de 3,62 y recuento de 37,45 eos/hpf previo a tratamiento asignado, observándose una reducción estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ) en EREFS y recuento eos/hpf de control. En cuanto a la capacidad de la escala para predecir remisión, solo se demostró una correlación media entre el valor del puntaje de control endoscópico con el recuento eos/hpf ( $p= 0.001$ ), lo que demuestra que el score EREFS se correlaciona solo moderadamente con el resultado de la biopsia (índice de Pearson de 0,48). Sin embargo, se observó que la presencia de anillos y estenosis presentan valor predictivo significativo para determinar recuento eos/hpf, donde presencia de anillos se asocia a  $> 15$  eos/hpf y la presencia de estenosis se asocia a  $< 15$  eos/hpf. **Discusión:** Nuestros hallazgos son similares a los estudios internacionales, por lo que, en la actualidad, el Score Endoscópico EREFS no es capaz de predecir con adecuada correlación la remisión histológica. Si bien existen hallazgos endoscópicos que podrían predecir recuento de eosinófilos, es necesario un mayor número de pacientes para hacer esta afirmación.



## #87 - ANÁLISIS DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON PÓLIPOS ADENOMATOSOS

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-087>

Javiera Danae Cancino Ramírez<sup>1</sup>, Martín Gotteland<sup>2</sup>, Rodrigo Enrique Quera Pino<sup>1</sup>, Luz Andrea Martínez Guajardo<sup>1</sup>, Paulina Javiera Núñez Figueroa<sup>1</sup>, Christian Ignacio von Mühlbrock Pinto<sup>1</sup>, Fabien Magne<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente un problema de salud importante, ocupando el tercer lugar en incidencia (9,6%) de todos los diagnósticos de cáncer y el segundo en muertes relacionadas con el cáncer. Esta neoplasia es considerada como prevenible en la mayoría de sus casos debido a su estrecha relación con factores de riesgo modificables del estilo de vida. Los adenomas, considerados como precursores de CCR, comprenden aproximadamente el 70-90% de los pólipos colónicos y tienen el potencial de progresar a un CCR si no son detectados y removidos a tiempo mediante colonoscopia. La formación de adenomas es compleja e involucra la interacción entre factores genéticos, epigenéticos, ambientales y microambientales, dentro de los cuales destaca la microbiota intestinal. Se han observado alteraciones en la microbiota intestinal y en la producción de metabolitos a medida que avanza la progresión de adenoma a carcinoma. Estos cambios en ciertas bacterias comensales se asocian con una mayor permeabilidad intestinal y activación de la respuesta inmune, lo que favorece un estado inflamatorio y la formación de neoplasias. Es así que cambios en la microbiota intestinal podrían estar involucrados en las etapas iniciales de la carcinogénesis. Identificar firmas microbianas asociadas con los adenomas es crucial para una mejor estratificación de riesgo, por lo que es pertinente el estudio de la microbiota intestinal en individuos chilenos con adenomas. **Objetivo:** Investigar la composición y diversidad de la microbiota intestinal en individuos con y sin pólipos adenomatosos que se hayan sometido a una colonoscopia. **Metodología:** Se recolectaron muestras fecales de 14 pacientes con pólipos colorrectales y 23 controles sanos. Se realizó la extracción de ADN con el kit DNeasy PowerSoil Pro (Qiagen®) y la secuenciación de la región V3-V4 del gen 16S del ARN ribosomal mediante la plataforma Illumina NovaSeq (CD Genomics®). La asignación taxonómica se realizó con el pipeline DADA2 en R utilizando la base de datos de referencia Silva. Para el contraste de medias se utilizó la prueba t de Student y para identificar taxones con abundancia diferencial se realizó un análisis discriminante lineal (LDA) efecto-tamaño (LEfSe) con el software estadístico Rstudio. **Resultados:** Los pacientes con pólipos presentaron una menor diversidad alfa en comparación con el grupo control, con un índice de Shannon de  $3,30 \pm 0,58$  versus  $3,83 \pm 0,63$  ( $p=0,014$ ). Además, se observó una tendencia a un menor número unidades taxonómicas operativas (OTUs) con  $205 \pm 48$  en los individuos con pólipos frente a  $232 \pm 41$  en el grupo control ( $p=0,088$ ). El análisis LEfSe reveló diferencias significativas entre los grupos en cuanto a ciertos taxones: se encontró un enriquecimiento de Actinobacteria (LDA score = 5,28,  $p=0,007$ ) en el grupo con pólipos, mientras que el filo Firmicutes (LDA score = 5,27,  $p=0,013$ ) mostró un mayor enriquecimiento en el grupo control. **Conclusión:** Existen diferencias en la diversidad y composición de la microbiota intestinal entre individuos con pólipos adenomatosos y controles sanos. Estos hallazgos sugieren una relación entre la microbiota y el desarrollo de pólipos, destacando su potencial como marcador diagnóstico temprano.



## #88 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL PANEL SEROLÓGICO GÁSTRICO COMBINADO CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO DE CONDICIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN CHILE: ¿PODEMOS HACER MENOS ENDOSCOPIAS?

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-088>

Mauricio Andrés Pizarro Véliz<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Margarita Pizarro Rojas<sup>1</sup>, Nancy Solís López<sup>1</sup>, Patricio Medel Jara<sup>1</sup>, Paula Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>1</sup>, Laura Huidobro Muñóz<sup>2</sup>, Mauricio Morales Inzunza<sup>2</sup>, Carmen Gloria Tapia Valdivia<sup>2</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Alejandro Soza Reid<sup>1</sup>, Juan Francisco Miquel Poblete<sup>1</sup>, Robinson González Donoso<sup>1</sup>, Oscar Corsi Sotelo<sup>1</sup>, Javier Chahuán Abde<sup>1</sup>, Carlos Benítez Gajardo<sup>1</sup>, Gustavo Ayares Campos<sup>1</sup>, Diego Reyes Placencia<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Camila Avilés Sánchez<sup>1</sup>, Renato Palma Fernández<sup>1</sup>, Camila Jure Bustamante<sup>1</sup>, Bárbara Riffó Vicencio<sup>1</sup>, Richard Martínez Ruiz<sup>1</sup>, Manuel Barrera Oñate<sup>1</sup>, Belén Giacaman Fonseca<sup>1</sup>, Nilton Palacios Maldonado<sup>3</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Universidad Católica del Maule, <sup>3</sup>Hospital de Molina.

**Introducción:** El panel serológico gástrico (PSG) es un examen no invasivo diseñado para identificar pacientes con gastritis crónica atrófica avanzada (GCA-A) y exposición previa a *Helicobacter pylori*, con el fin de categorizar el riesgo de cáncer gástrico (CG). Consta de los biomarcadores Pepsinógeno I, Pepsinógeno II, ratio PGI/PGII, Gastrina-17b e IgG *H. pylori*. Su utilidad en nuestra población no ha sido demostrada, por lo que actualmente no es considerado como una estrategia validada de priorización endoscópica en Chile. **Objetivo:** Evaluar el rendimiento diagnóstico del PSG, en conjunto con variables demográficas (VD), para la pesquisa de GCAA en una población chilena residente de una localidad con alta incidencia de CG. **Métodos:** Estudio observacional de corte transversal realizado en usuarios del Hospital de Molina (Región del Maule, Chile), quienes se encontraban en lista de espera para endoscopia digestiva alta, solicitadas principalmente por síntomas dispépticos. Se organizaron operativos endoscópicos y se llevaron a cabo 128 procedimientos de manera electiva. En todos los pacientes se investigaron VD de interés y se obtuvo una muestra de sangre para procesar el PSG (Gastropanel® Biohit). Además, en todos los pacientes se realizaron biopsias gástricas según protocolo de Sydney actualizado y posteriormente se correlacionaron los resultados cuantitativos del PSG con los reportes emitidos por patólogos expertos. **Resultados:** Se incluyeron 128 pacientes [72.7% mujeres], con una media de edad 58.4±13.4 años. Hallazgos histológicos: 31.2% presentó *H. pylori* en mucosa gástrica (Giemsa) y 10.9% biopsias compatibles con gastritis autoinmune. Estadio OLGA 0 59.4% (n=76), OLGA I 16.4% (n=21), OLGA II 13.2% (n=17), OLGA III 5.5% (n=7) y OLGA IV=5.5% (n=7). Estadio OLGIM 0 65.6% (n=84), OLGIM I 13.3% (n=17), OLGIM II 10.9% (n=14), OLGIM III 5.5% (n=7) y OLGIM IV 4.7% (n=6). Se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar entre los diferentes biomarcadores y se confeccionaron curvas ROC para definir el rendimiento del PSG integrado (todos los biomarcadores) utilizando los puntos de corte sugeridos por el fabricante para discriminar a pacientes de "alto" o "bajo" riesgo de GCA-A. El PSG por sí sólo mostró un AUC 0.62 (S: 48%, E: 93%, VPP: 68%, VPN: 85%). Se realizó una regresión logística combinando el PSG con las variables demográficas edad, sexo y antecedente familiar de primer grado de cáncer gástrico, lo que logró incrementar el rendimiento discriminativo negativo (AUC 0.74; S: 77%, E: 55%, VPP: 35%, VPN: 88%). Utilizando el modelo combinado se podrían diferir 60/128 endoscopias (53% del total) consideradas de "bajo riesgo" de GCA-A, de las cuales sólo 1/10 serían realmente OLGA II-IV. En cuanto a las endoscopias priorizadas, 1/3 corresponderían verdaderamente a OLGA II-IV y 2/3 a OLGA 0-I. **Conclusión:** El modelo combinado de PSG con VD demostró un buen rendimiento discriminativo para definir pacientes de bajo riesgo pre-endoscópico de GCA-A. Una estrategia combinada de biomarcadores no invasivos y variables demográficas podría ser de utilidad en la priorización de pacientes en lista de espera endoscópica en nuestra población.



**Tabla 1.** Características demográficas, hallazgos histológicos y panel serológico gástrico

Variable	n total=128
Sexo, n (%)	
Femenino	93 (72.7)
Masculino	35 (27.3)
Edad	
Media $\pm$ DE / mediana (años)	58.4 $\pm$ 13.4 / 59
17-39 años, n (%)	9 (7)
40-65 años, n (%)	76 (59.4)
>65 años, n (%)	43 (33.6)
Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión arterial	65 (50.7)
Diabetes mellitus tipo 2	36 (28.1)
Obesidad (IMC $\geq$ 30)	39 (30.4)
Tabaquismo activo	32 (25)
Consumo activo de alcohol	27 (21)
Historia personal de cáncer, n (%)	8 (6.25)
Gástrico	1 (0.7)
Otro	7 (5.4)
Familiar cáncer gástrico primer grado, n (%)	19 (23)
Motivo de solicitud de endoscopia, n (%)	
Dispepsia	58 (45.3)
Síntomas de reflujo gastroesofágico	37 (28.9)
Tamizaje de cáncer gástrico	14 (10.9)
Síndrome ulceroso	6 (4.7)
Anemia en estudio	6 (4.7)
Otros	7 (5.4)
Infección activa por <i>H. pylori</i> , n (%)	
Test de ureasa en mucosa gástrica	45 (35.1)
<b>Hallazgos histológicos</b>	
Infección activa por <i>H. pylori</i> , n (%)	
Tinción Giemsa (biopsia)	40 (31.2)
Gastritis autoinmune (biopsia), n (%)	14 (10.9)
OLGA, n (%)	
0	76 (59.4)
I	21 (16.4)
II	17 (13.2)
III	7 (5.5)
IV	7 (5.5)
OLGIM, n (%)	
0	84 (65.6)
I	17 (13.3)
II	14 (10.9)
III	7 (5.5)
IV	6 (4.7)
Displasia, n (%)	
Bajo grado	2 (1.6)
Alto grado	0 (0)
Adenocarcinoma gástrico, n (%)	0 (0)
<b>Panel serológico gástrico</b>	
Bajo riesgo	106 (82.8)
Alto riesgo	22 (17.2)

DE: Desviación Estándar; OLGA: Operative Link on Gastritis Assessment; OLGIM: Operative Link for Gastric Intestinal Metaplasia



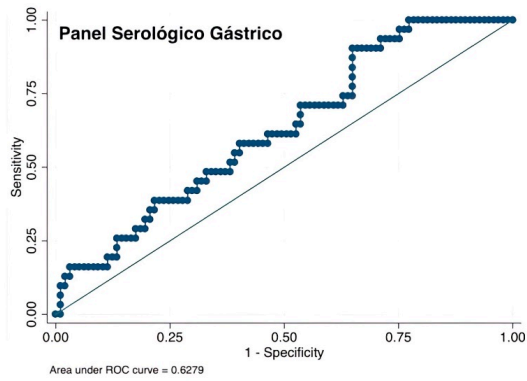
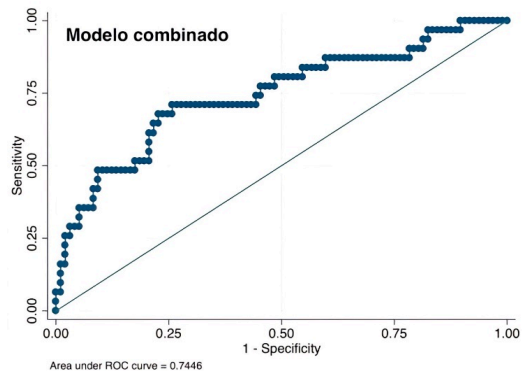


Figura 1. Curva ROC de rendimiento diagnóstico para el Panel Serológico Gástrico (con todos los biomarcadores integrados) según OLGa dicotomizado (0-I v/s II-IV)



Modelo combinado	OLGA 0-I	OLGA II-IV	Total
Positivo	53 88.33	7 11.67	60 100.00
Negativo	44 64.71	24 35.29	68 100.00
	97 75.78	31 24.22	128 100.00

Figura 2. Curva ROC de rendimiento diagnóstico y Tabla 2x2 para el modelo combinado (PSG + edad + sexo + antec. familiar primer grado de cáncer gástrico) para OLGa dicotomizado (0-I v/s II-IV)



## #89 - ESTUDIO PILOTO: USO DE CIPROFIBRATO COMO ALTERNATIVA EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-089>

Paula Huerta Valdebenito<sup>1</sup>, Pablo Esteban Aguirre Arias<sup>1</sup>, Alexandra Ginesta Frings<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad del Desarrollo, <sup>2</sup>Hospital Padre Hurtado.

**Introducción:** La colangitis biliar primaria (CBP), es una enfermedad autoinmune que afecta al hígado, en particular destruyendo los conductos biliares intrahepáticos, favoreciendo colestasia, la aparición de cirrosis y sus complicaciones. Cerca de la mitad de los pacientes son asintomáticos al momento de diagnóstico, por un hallazgo incidental de alteración de pruebas hepáticas con un patrón colestásico. Generalmente tanto fosfatasa alcalina (FA) como anticuerpos antimitocondriales (AMA) se encuentran elevados en la sangre de forma característica. El ácido ursodesoxicólico (AUDC) es el principal medicamento que ha logrado mejorar sobrevida libre de trasplante hepático. Existe también el ácido obetecólico, en intolerantes a AUDC o aquellos sin respuesta bioquímica adecuada a AUDC. En últimos años se ha sumado literatura con respecto a fibratos (fenofibrato y bezafibrato) como coadyuvantes de AUDC, ambos de un alto costo en Chile. **Objetivos:** Evaluar la respuesta de un fibrato alternativo y menos costoso, ciprofibrato, en pacientes con terapia previa con bezafibrato o fenofibrato. Nuestra hipótesis es que el uso de este medicamento sería no inferior en respuesta bioquímica y clínica. **Método:** Seleccionamos pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital Padre Hurtado (San Ramón, Chile) con diagnóstico de CBP y que por respuesta parcial a AUDC este usando un fibrato a abril de 2024. En estos pacientes les entregamos ciprofibrato como fibrato a usar. Registramos síntomas basales y pruebas hepáticas (bilirrubina y FA), con seguimiento a 3 meses. **Resultados:** Reclutamos un total de 6 pacientes, con diagnóstico de CBP usando terapia combinada (AUDC y fibrato). Excluimos una paciente por no completar al menos un mes de terapia al momento de control. Todas mujeres, que usaron bezafibrato previamente. Solo una paciente era basalmente asintomática, siendo prurito el síntoma más frecuente. Al control, ningún paciente registró prurito, y ningún paciente presentó deterioro significativo de FA ni bilirrubina. **Conclusiones:** En pacientes con CBP y respuesta parcial a AUDC, el ciprofibrato podría ser una alternativa equivalente y más económica de control de enfermedad. A partir de este piloto, se puede extender la búsqueda activa de pacientes de este y otros recintos hospitalarios para un estudio con muestra mayor, y de seguimiento más extenso.

Paciente	Clínica Basal	FA Basal	Bilirrubina Basal	Clínica Seguimiento	FA Seguimiento	Bilirrubina Seguimiento
Paciente 1	Prurito, mialgias ocasionales	113	0.26	Asintomática	108	0.3
Paciente 2	Prurito, distensión abdominal	149	0.3	Epigastralgia	123	0.3
Paciente 3	Asintomática	186	0.17	Asintomática	149	0.25
Paciente 4	Prurito	216	0.34	Asintomática	119	0.28
Paciente 5	Prurito, astenia	79	0.39	Astenia	71	0.43



# #90 - CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO: ANÁLISIS DE 11 AÑOS DE INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA EN UN CENTRO TERCIARIO DE SANTIAGO DE CHILE.

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-090>

Karen Andrea Hunt Pavesi<sup>1</sup>, Alberto Kyling Duvauchelle<sup>2</sup>, Camila Fernanda Barrientos Riveros<sup>3</sup>, Daniel Alejandro Cisternas Camus<sup>4</sup>, Kevin Cortés De Guzmán<sup>5</sup>, Luis Arnaldo Méndez Alcaman<sup>4</sup>

<sup>1</sup>CESFAM Juan Antonio Ríos, <sup>2</sup>Universidad Diego Portales/Hospital DIPRECA, <sup>3</sup>CESFAM Miguel Ángel Arenas López, <sup>4</sup>Clínica Alemana de Santiago, <sup>5</sup>Escuela de Química y Farmacia.

**Introducción:** La tasa de incidencia anual global de CEE es de 13 casos por cada 100.000 habitantes, con una tendencia creciente en los últimos años en adultos. La impactación por cuerpo extraño esofágico (CEE) requiere en el mayor porcentaje de casos que no ceden espontáneamente, intervención endoscópica de urgencia, siendo este procedimiento considerado el gold standard de manejo. La tasa de complicaciones asociadas es cercana al 1%. **Objetivo:** Responder a las preguntas de investigación: ¿Cuál es el perfil de los pacientes que consultan por CEE? ¿Son los tumores esofágicos o estenosis los hallazgos principales en pacientes que consultan por impactación por CEE? **Métodos:** Se utilizó una serie de casos de pacientes de 15 años o más que acudieron al Servicio de Urgencias de Clínica Alemana de Santiago (CAS) con sospecha o confirmación de impactación de CEE, entre los años 2008 y 2019. Se realizó análisis estadístico de antecedentes bio demográficos, hallazgos endoscópicos y complicaciones. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 324 casos con sospecha de CEE al ingreso a CAS. El promedio de edad fue de  $46.2 \pm 19.1$  años, siendo el 55,9% hombres. Los síntomas más frecuentes fueron sensación de cuerpo extraño (67,9%), sialorrea (35,4%) y dolor (28%). En 127 pacientes (39,1%) se identificó y se extrajo el CEE mediante endoscopia digestiva alta (EDA). De estos, el 44,1% no presentó hallazgos patológicos, seguido de un 37% con esofagitis eosinofílica, 22,8% con esofagitis erosiva y un 10,2% con estenosis esofágica. **Conclusión:** El perfil de pacientes que consulta en CAS corresponde predominantemente a hombres de mediana edad, y cuyos síntomas más frecuentes corresponden a globus, sialorrea y dolor local. A los pacientes que se les realiza EDA y se evidencia CEE, el mayor porcentaje no tiene hallazgos patológicos, sin embargo, la esofagitis eosinofílica y esofagitis erosiva son diferenciales que hay que tener en cuenta. La estenosis esofágica y los tumores no son los hallazgos más frecuentes.



## #91 - CARACTERIZACIÓN DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-091>

Andrés Anselmo Acosta Garay<sup>1</sup>, Diego Nicolás Motto Arriaza<sup>1</sup>, Jorge Ignacio Arnold Álvarez<sup>2</sup>, Nicolás Fernando Besser Pimentel<sup>2</sup>, Felipe Bellolio Roth<sup>2</sup>, Tamara De Lourdes Pérez Jeldres<sup>2</sup>, Carolina Denisse Pávez Ovalle<sup>2</sup>, Cristian Antonio Hernández Rocha<sup>2</sup>, Manuel Marcelo Álvarez Lobos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile. Red de Salud UC Christus.

**Antecedentes:** La sarcopenia ha sido asociada a un mayor riesgo de intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con frecuencias entre un 25 y 70%. No existen estudios en Chile o Latinoamérica que hayan caracterizado su frecuencia y factores de riesgo. **Objetivo:** Estudiar en un centro universitario chileno de referencia, la frecuencia y características de pacientes con EII portadores de sarcopenia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en 110 pacientes adultos con EII. El grupo control fue 110 pacientes con una patología inflamatoria aguda como apendicitis (N=55) o diverticulitis (N=55). La presencia de sarcopenia fue evaluada mediante un TAC abdominal y fue definida como un área total del músculo psoas con un T-Score menor a -2, medido a nivel de L4 utilizando el "Sarcopenia T-Score calculator" de la Universidad de Michigan. El área de músculo psoas fue medida por 2 investigadores en forma independiente, a través del programa "Image J". El análisis estadístico de los datos fue a través del programa R. **Resultados:** De los 110 pacientes con EII, 72 (65.4%) presentaban enfermedad de Crohn, 27 (24.5%) colitis ulcerosa y 11 (10%) colitis no clasificable. En este grupo, 40 (36.4%) presentaron sarcopenia, lo que fue significativamente mayor que los 25 pacientes (22.7%) con sarcopenia en el grupo control ( $p < 0.05$ ). Los pacientes con EII que tenían sarcopenia se asociaron a menor peso (59 kg vs 71.8 kg,  $p < 0.001$ ), menor índice de masa corporal (IMC) (21.3 kg/m<sup>2</sup> vs 25.2 kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0.001$ ), menor uso de terapia biológica (40% vs 60%,  $p < 0.05$ ), menor valor de hemoglobina (12.2 vs 13.7,  $p < 0.001$ ), menor valor de albuminemia (3.7 vs 4.4,  $p < 0.001$ ) y mayor proteína C reactiva (PCR) (1.53 vs 0.295,  $p < 0.05$ ) en comparación con los pacientes con EII sin sarcopenia. No se encontraron diferencias significativas con relación a sexo, tabaquismo, actividad de enfermedad, tipo de EII, hospitalizaciones por EII, cirugías por EII y déficit de vitamina D. **Conclusiones:** Este primer estudio en población chilena de pacientes con EII encontró una mayor frecuencia de sarcopenia comparado con pacientes con condiciones inflamatorias abdominales agudas. La sarcopenia se asoció significativamente a un menor peso, IMC, uso de terapia biológica, hemoglobina, albuminemia y a un mayor valor de PCR. El hallazgo que más de un tercio de los pacientes presentan sarcopenia, apoya el estudiar específicamente esta condición en pacientes chilenos con EII con el fin de poder establecer estrategias de prevención y tratamiento. (FONDECYT#1211344).



# #92 - FACTORES ASOCIADOS CON HÍGADO GRASO EN SUJETOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ESTUDIO RETROSPECTIVO TRANSVERSAL EN POBLACIÓN CHILENA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-092>

Diego Nicolás Motto Arriaza<sup>1</sup>, Andrés Anselmo Acosta Garay<sup>1</sup>, Richard Esteban Martínez Ruiz<sup>2</sup>, Bárbara Andrea Riffo Vicencio<sup>2</sup>, Francisco José Barrera Martínez<sup>2</sup>, Cristian Antonio Hernández Rocha<sup>2</sup>, Carolina Denisse Pávez Ovalle<sup>2</sup>, Tamara De Lourdes Pérez Jeldres<sup>2</sup>, Marco Antonio Arrese Jiménez<sup>2</sup>, Manuel Marcelo Álvarez Lobos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile. Red de Salud UC Christus.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una condición en aumento mundialmente. Existe creciente interés en las comorbilidades asociadas a la EII, incluyendo el hígado graso (HG). El HG ha sido demostrada en sujetos con EII, incluso en ausencia de otros factores metabólicos. Existen escasos estudios que la evalúen esta asociación en población latinoamericana. **Objetivo:** El objetivo del estudio es evaluar la frecuencia de HG y su asociación con diversas variables clínicas en sujetos chilenos con EII. **Metodología:** Realizamos un estudio retrospectivo transversal en 148 pacientes adultos con EII (Enfermedad de Crohn: 89, Colitis ulcerosa: 46 y Colitis no clasificable: 13) que contaban con imágenes de abdomen como ecografía, tomografía computada o resonancia magnética abdominal en los últimos 15 años. Se excluyeron aquellos pacientes que contaban con enfermedades hepáticas autoinmunes. Los pacientes se consideraron con HG si este diagnóstico fue reportado en el informe asociado a la imagen y las diferencias entre grupos fueron evaluadas con chi-cuadrado y test no paramétricos utilizando el programa R. **Resultados:** La mediana de edad de esta cohorte fue de 48 años (Q1: 37 Q3: 63 años) y 85 (57,4%) fueron mujeres. 30 pacientes (20,2%) presentaban HG. Al comparar los pacientes con HG contra aquellos sin HG, los pacientes con HG tenían un peso (75,8 vs 66 kg,  $p < 0.001$ ) y un IMC (27,6 vs 22,6 kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0.001$ ) significativamente mayor. En análisis multivarado, esta asociación se mantuvo significativa en forma independiente de edad, sexo y actividad de la enfermedad ( $P < 0.001$ ). No se observó una asociación significativa entre la presencia de HG con el uso de terapias como corticoides, salicilatos, inmunomoduladores o terapia biológica. Tampoco en otras variables como edad, sexo, tipo o actividad de EII, litiasis biliar, trigliceridemia, glicemia o tabaquismo. **Conclusión:** La frecuencia de HG en pacientes chilenos con EII está dentro del rango inferior de lo descrito en otras series. En nuestra muestra las variables asociadas de manera significativa con la presencia de HG en sujetos con EII fueron IMC elevado y un mayor peso. (FONDECYT#1211344).



## #93 - PROCESAMIENTO DE IMÁGENES POR INTELIGENCIA-ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN DEL PATRÓN GLANDULAR Y ATROFIA MODERADA-SEVERA DE LA MUCOSA GÁSTRICA: ESTUDIO DIAGNÓSTICO PARA PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-093>

Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Javier Tramon Hidalgo<sup>1</sup>, Matías Arteaga Puig<sup>2</sup>, Oscar Corsi Sotelo<sup>1</sup>, Magdalena Fernández Katz<sup>1</sup>, Alonso Valdés Quezada<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Constanza Jara Jara<sup>1</sup>, Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>, Pablo Achurra Tirado<sup>1</sup>, Roberto Candia Balboa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PUC, <sup>2</sup>Hospital Clínico Herminda Martin.

**Introducción:** Chile presenta la mayor incidencia de cáncer gástrico en América. La endoscopia digestiva es la única herramienta con beneficio preventivo comprobado, pero la detección de lesiones de alto riesgo es compleja y generalmente requiere biopsias, como las realizadas bajo el protocolo Sidney y la etapificación OLGA. **Objetivos:** Desarrollar modelos predictivos con inteligencia artificial (IA) para detectar patrones glandulares alterados y atrofia moderada-severa mediante endoscopia de alta definición y NBI (HD-NBI), sin la necesidad de biopsias. **Métodos:** Utilizando imágenes HD-NBI de cuerpo gástrico, ángulo y antro obtenidas con equipos Olympus series 170 y 190, se entrenaron redes neuronales con aprendizaje profundo (Deep Learning). Se generaron cuatro modelos predictivos: dos para el cuerpo gástrico y dos para el ángulo-antro. Se usaron 344 imágenes de cuerpo gástrico, 177 de curvatura mayor, 177 de curvatura menor, 224 de ángulo y 344 de antro para entrenar los modelos. Los modelos fueron evaluados en una cohorte de validación. Los cuatro modelos predictivos desarrollados fueron:

- 1 Modelo 1: Diagnóstico de atrofia moderada-severa en cuerpo gástrico.
- 2 Modelo 2: Diagnóstico de atrofia moderada-severa en ángulo-antro.
- 3 Modelo 3: Detección de patrones glandulares en cuerpo gástrico (clasificación de Yagi).
- 4 Modelo 4: Detección del patrón glandular tipo WOS en ángulo-antro.

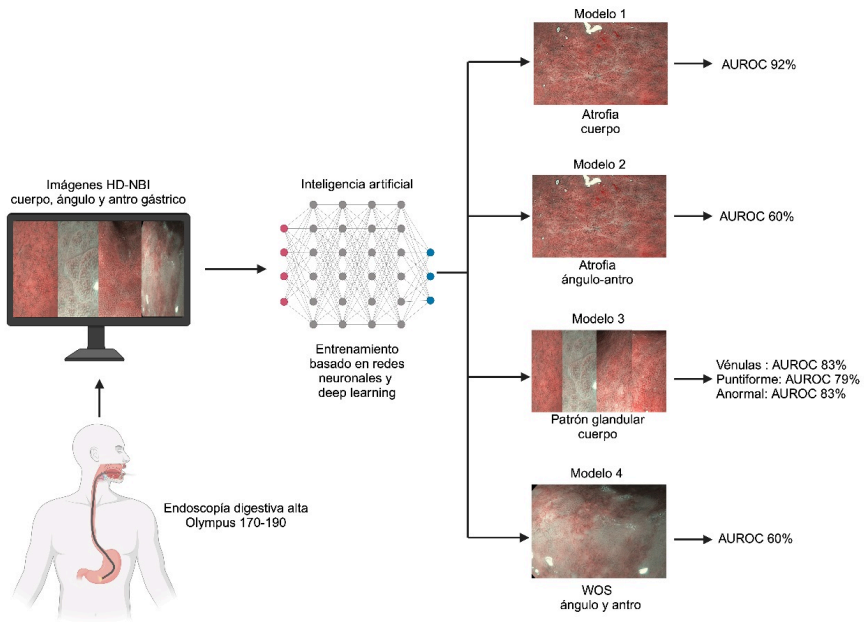
La detección de los patrones glandulares fue realizada por dos endoscopistas (senior y junior) y las discrepancias resueltas por consenso. La clasificación OLGA en biopsias fue realizada por dos patólogos expertos y las discrepancias fueron resueltas por consenso. **Resultados:** Para el modelo 1 (atrofia en cuerpo gástrico), el rendimiento diagnóstico fue elevado, con un AUROC de 92%, sensibilidad del 100% y especificidad del 83%.

Para el modelo 2 (atrofia en ángulo-antro), el rendimiento fue menor, con un AUROC de 60%, sensibilidad del 40% y especificidad del 80%.

Para el modelo 3 (patrón glandular en cuerpo gástrico), se obtuvo un AUROC de 83.3%, sensibilidad del 85.7% y especificidad del 81% para la detección de vólvulos colectores. Para el patrón puntiforme, el AUROC fue de 79.2%, sensibilidad del 75% y especificidad del 83.3%. En cuanto al patrón anormal (antralizado o vellosos), el AUROC fue de 83.3%, con una sensibilidad y especificidad del 83.3%.

Para el modelo 4 (patrón WOS en ángulo-antro), el rendimiento fue moderado, con un AUROC de 60%, sensibilidad y especificidad del 60%.

**Conclusiones:** Nuestros modelos predictivos de IA para detectar atrofia y patrones glandulares en imágenes HD-NBI de mucosa gástrica muestran un alto potencial diagnóstico, lo que podría reducir la necesidad de biopsias preventivas. Aunque el rendimiento diagnóstico para la detección de patrones glandulares anormales y la atrofia en el cuerpo gástrico fue elevado, los resultados para ángulo y antro fueron moderados. Se requiere validación externa prospectiva para confirmar su efectividad.



# #94 - CARACTERIZACIÓN ENDOSCOPICA E HISTOLOGICA EN ADULTOS ESTUDIADOS POR DISFAGIA, EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA EN HOSPITAL PUBLICO DE SANTIAGO CHILE, ENTRE 2022 y 2023

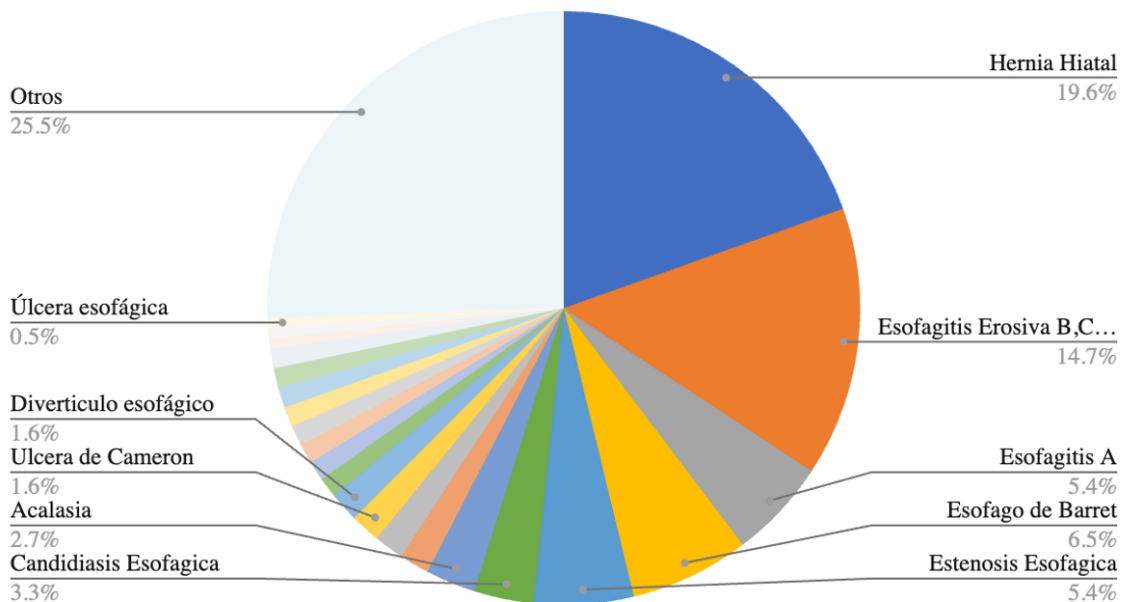
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-094>

Carla Ivonne Neira Aguayo<sup>1</sup>, Constanza Belén Liliam Robles Aravena<sup>1</sup>, Fernanda Paz Matamala González<sup>1</sup>, Catalina del Pilar Fariás Aqueveque<sup>1</sup>, Patrick Ashley Sadler Spencer<sup>1</sup>, Edmundo Iván Aravena Torres<sup>1</sup>, José Ignacio Quezada Villarroel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Borja Arriarán.

**Introducción:** La disfagia es la dificultad al tragar alimentos o líquidos desde la boca hasta el estómago. Es subnotificada, con prevalencia estimada de 3%-23%, siendo el principal factor de riesgo el envejecimiento. La evaluación de este síntoma, es un proceso que involucra varios pasos, entre ellos endoscopia digestiva alta (EDA) con biopsias de esófago, se sugiere realizar en disfagia persistente o recurrente sin etiología clara, frente a signos de alarma, mayores de 50 años, historia de reflujo crónico, algunas enfermedades sistémicas, lesiones visibles o trastorno motor, ya que permite evaluar estructuras, descartando patología neoplásica, erosiva, estructural e infecciosa, siendo esencial para establecer un diagnóstico definitivo y guiar el tratamiento adecuado en estos pacientes. **Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional. Se analizó la base de datos de la Unidad de Endoscopia - Hospital San Borja Arriarán (HCSBA) con registro de interconsultas por disfagia en adultos, entre 2022 a 2023. Se analizaron variables: edad, género, comorbilidades, fármacos, hallazgos endoscópicos, estudios complementarios y biopsias. Se excluyeron menores de 17 años, procedimientos frustrados y estenosis esofágicas previas. **Objetivo primario,** describir y correlacionar hallazgos endoscópicos e histológicos de los pacientes con disfagia estudiados entre 2022 y 2023 en HCSBA. **Resultados:** Se incluyeron 184 pacientes con disfagia, mediana de edad 67 años (entre 17-88 años), 120 pacientes mayores 60 años (75%) 119 mujeres (65%) y 65 hombres (35%). Las comorbilidades más frecuentes diabetes, cardiopatías, accidentes vasculares y enfermedades neurológicas. El hallazgo endoscópico más frecuente: hernia hiatal (20%) y esofagitis erosiva (20%) tipo B, C y D: 15%, sospecha esófago de Barret (7%), estenosis esofágica (5%) y candidiasis esofágica (3%). En total se biopsiaron 104 pacientes (57%), 43 esófago (41%), 82 estómago (79%). En 9 de 12 casos con sospecha de esófago de Barret la biopsia fue concordante en 3 casos. Se sospechó endoscópicamente cáncer de esófago en 3 pacientes (1%) pesquisando: adenocarcinoma de unión gastroesofágica, carcinoma escamoso y pólipo hiperplásico. Se sospecharon 2 esofagitis eosinofílicas con resultado negativo. En el grupo entre 17 a 59 años, los hallazgos endoscópicos fueron similares al grupo general, mayor frecuencia de hernia hiatal, esofagitis erosiva, gastropatía erosiva, esófago de Barret y candidiasis. Se complementó con imágenes en escasos casos. En 2 pacientes se encontró alteración de la laringe. Hubo 10 endoscopías sin hallazgos patológicos (5%), sin estudio histológico 80 pacientes (43%). **Discusión:** La disfagia es un síntoma complejo de categorizar, se requiere una evaluación exhaustiva para orientar y determinar su causa subyacente, requiriendo más estudios para su diagnóstico, siendo el estudio endoscópico con biopsias fundamental. Hay una alta prevalencia en mayores de 60 años (75%). Si bien las patologías benignas fueron las causas principales de disfagia en nuestro estudio, independiente de la edad (hernia hiatal y esofagitis erosivas), y en su mayoría no estuvieron relacionadas a neoplasias, estamos sub-biopsiando pacientes (43% sin biopsias) con potencial indicación de biopsiar, algunos con disfagia persistente, sospecha de Barret o esofagitis eosinofílica, entre otros, siendo un desafío actual generar protocolos de estudio más adecuados.

## Hallazgos Endoscópicos



Tomo de Resúmenes

Página 146

# #95 - RE-ESTADIFICACIÓN HISTOLÓGICA DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA AVANZADA SEGÚN EL GRADO DE INFLAMACIÓN EN LAS BIOPSIAS: ¿ES POSIBLE LA REGRESIÓN?

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-095>

Mauricio Andrés Pizarro Véliz<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Margarita Pizarro Rojas<sup>1</sup>, Nancy Solís López<sup>1</sup>, Patricio Medel Jara<sup>1</sup>, Paula Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>1</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La inflamación existente en las biopsias gástricas puede influir sobre la estadificación de la gastritis crónica atrófica (GCA), dado que la asignación del puntaje OLGA se basa fundamentalmente en la observación del número relativo de glándulas oxínticas, esta característica podría verse afectada ante la presencia de un mayor infiltrado inflamatorio celular. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre el grado de inflamación presente en biopsias gástricas basales y de seguimiento, con el avance de la atrofia histológica según cambios en el estadio OLGA. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo realizado en un hospital universitario chileno. Se seleccionaron pacientes con GCA OLGA III-IV, que tuvieran biopsias gástricas según protocolo Sydney basales ("t0") y de seguimiento ("t1"), con al menos 6 meses de diferencia. Las biopsias fueron informadas por patólogos expertos, describiéndose el puntaje OLGA, presencia de *H. pylori* (Giemsa), histología compatible con gastritis autoinmune (GAI) y grado de inflamación de la mucosa (gastritis superficial). Se desarrolló un Puntaje de Inflamación (PI) que codificó características cualitativas de inflamación histológica para cada segmento gástrico (antro, incisura angular, cuerpo) y les asignó un valor numérico de 0-6 (máximo total: 18 puntos). **Resultados:** Se incluyeron 113 pacientes: 54% mujeres y 46% hombres, con edad promedio  $65.5 \pm 9.1$  años. Las biopsias t0 dataron entre 2015–2021 y t1 entre 2017–2024. El intervalo de seguimiento fue 6 a 96 meses, con una media de 46.8 y mediana de 48 meses. *H. pylori*: positivo 58.4% en t0 y 4.4% en t1. GAI: 18.5% en t0 y 11.5% en t1. OLGA t0: III 62% y IV 38%. OLGA t1: 0 10.6%, I 13.3%, II 24.8%, III 29.2% y IV 22.1%. Se observó progresión histológica en 8% y mantención en 38% (t0-t1). La regresión histológica global (RHG: OLGA t1<t0) y específica (RHE: OLGA t1<III) ocurrió en 54% y 48.6%, respectivamente. PI promedio:  $10.1 \pm 5.8$  (1-18) en t0 y  $3.8 \pm 2.9$  (0-18) en t1, con DES del PI entre regresores v/s no regresores ( $p<0.05$ ) en t0, pero no en t1. Se aplicaron modelos de regresión logística, estableciendo OR 3.82 (95% IC 1.73-8.39,  $p=0.001$ ) en RHG y 3.0 (1.37-6.53,  $p=0.006$ ) en RHE si disminuía el PI >3 puntos entre t0 y t1, con OR 3.28 (1.51-7.10,  $p=0.003$ ) en RHG y 2.5 (1.16-5.35,  $p=0.018$ ) en RHE si se alcanzaba erradicación de *H. pylori* entre ambos puntos. La asociación entre regresión del PI y erradicación Hp tuvo un OR 53.5 (16.72-171.24,  $p<0.001$ ). Se observó una asociación significativa en RHG cuando el PI t0 fue de 10-12 ( $p=0.02$ ), 13-15 ( $p=0.0004$ ) y 16–18 ( $p<0.001$ ). **Conclusión:** Un mayor grado de inflamación histológica y la presencia de *H. pylori* se asocian independientemente con una mayor probabilidad de regresión histológica en pacientes tipificados inicialmente como OLGA III-IV. Es planteable buscar la re-estadificación dirigida de estos pacientes, ya que podría modificar los intervalos recomendados de seguimiento endoscópico. **Funding:** FONDECYT 1230504 (AR) «Role of the genomic and microbiome profile in gastric carcinogenesis: prospective endoscopic follow-up»; ANID/ CONICYT 152220002 (AR)



**Tabla 1.** Características de la cohorte y hallazgos histológicos en biopsias *t0-t1*

n total=113		
Variable		
Sexo, n (%)		
Femenino	61 (54)	
Masculino	52 (46)	
Edad, años		
Media $\pm$ DE	65.5 $\pm$ 9.1	
Rango (Min – Max)	34 – 83	
P25 – P50	57 – 64	
P75 – P95	70 – 78	
Histología		
Tiempo entre biopsias, meses		
Min – Max	6 – 96	
Media	46.8	
Mediana (P50)	48	
	Biopsia <i>t0</i>	Biopsia <i>t1</i>
Infección activa por <i>H. pylori</i> , (n, %)		
Tinción Giemsa (+)	66 (58.4)	5 (4.4)
OLGA, n (%)		
0	0 (0)	12 (10.6)
I	0 (0)	15 (13.3)
II	0 (0)	28 (24.8)
III	70 (62)	33 (29.2)
IV	43 (38)	25 (22.1)
Displasia, n (%)		
Bajo grado	3 (2.6)	6 (5.3)
Alto grado	1 (0.9)	0 (0)
ACG, n (%)	0 (0)	0 (0)
GAI, n (%)	21 (18.5)	13 (11.5)
Puntaje de inflamación		
0	0 (0)	4 (3.5)
1 – 3	30 (26.5)	71 (62.9)
4 – 6	13 (11.5)	27 (23.9)
7 – 9	8 (7.1)	5 (4.4)
10 – 12	6 (5.3)	1 (0.9)
13 – 15	32 (28.3)	4 (3.5)
16 – 18	24 (21.3)	1 (0.9)

*DE: Desviación Estándar; OLGA: Operative Link on Gastritis Assessment; ACG: Adenocarcinoma Gástrico; GAI: Gastritis Autoinmune*

**Tabla 2.** Puntaje de inflamación

SEGMENTO GÁSTRICO	INTENSIDAD Y ACTIVIDAD DE LA GASTRITIS HISTOLÓGICA						
	sin inflamación	inactiva leve	inactiva moderada	inactiva acentuada	activa leve	activa moderada	activa acentuada
Antro	0	1	2	3	4	5	6
Incisura angular	0	1	2	3	4	5	6
Cuerpo	0	1	2	3	4	5	6

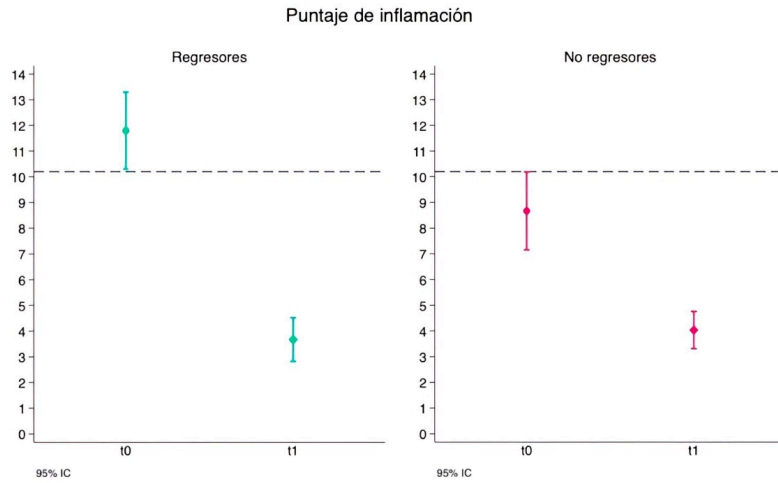


Figura 1. Puntaje de inflamación en t0 y t1 entre pacientes regresores v/s no regresores

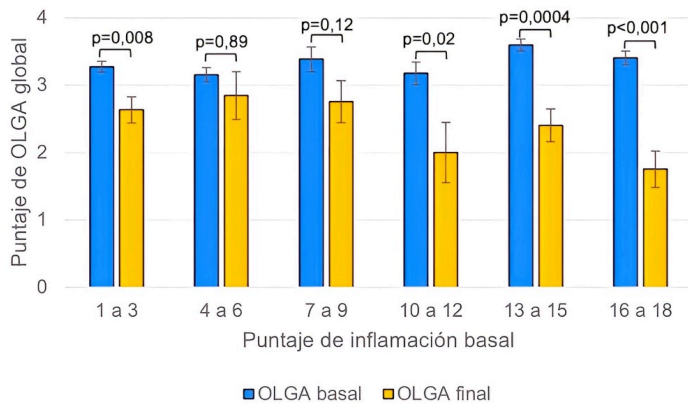


Figura 2. Relación entre PI t0 y la regresión histológica global. El eje Y es la media de OLGA y el eje X es el PI por tramos. Las barras corresponden al error estandar (DE/raíz del n). Los valores p fueron obtenidos por prueba de Wilcoxon para muestras pareadas.



# #96 - PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA DIAGNOSTICADA POR ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN POBLACIÓN GENERAL AMBULATORIA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-096>

Daniel Durán<sup>1</sup>, Martina Contreras<sup>1</sup>, Diego Lizama<sup>1</sup>, Daniela Simian<sup>2</sup>, María Fernanda Eyssautier<sup>2</sup>, Camila Meza<sup>1</sup>, Catalina Molina<sup>1</sup>, Gerardo Jara<sup>1</sup>, Jaime Poniachik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Chile, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) es considerada la principal causa de enfermedad hepática en todo el mundo. Desde 1990, su prevalencia global ha aumentado de 18,2% a 32,4%. En Chile, MASLD es la principal causa de enfermedad hepática crónica y trasplante hepático, con una prevalencia de 23%, en un estudio retrospectivo publicado en 2009. Se desconoce su prevalencia actual. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de esteatosis hepática diagnosticada por ecografía abdominal y elastografía hepática, en pacientes con indicación de ecografía abdominal por causa no hepática y caracterizar sus posibles factores de riesgo. **Metodología:** Estudio de transversal de cohorte prospectiva realizado en el servicio de Imagenología del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) en pacientes ambulatorios mayores de 18 años, que se sometieron a ecografía abdominal por causa no hepática entre agosto de 2023 y agosto 2024. Se excluyeron pacientes con consumo excesivo de alcohol (por gr/oh semanal). La esteatosis fue evaluada mediante ecografía abdominal y en un subgrupo de pacientes voluntarios se realizó también elastografía hepática (Fibroscan®), evaluando esteatosis y fibrosis. Se recolectó información sociodemográfica, clínica y de laboratorio a través de una encuesta al paciente al momento del enrolamiento. Los datos fueron registrados en la plataforma REDCap®. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y se comparó pacientes con y sin esteatosis mediante  $\chi^2$  y test de Wilcoxon. Se realizó una regresión logística univariada para la determinación de factores de riesgo asociados a esteatosis. Se consideró un  $p < 0,05$  como significativo (Stata 15.0). **Resultados:** Se incluyeron 182 pacientes en el análisis; el 65% eran mujeres, mediana de edad 55 años (19 – 86). El 52% era fumador activo o exfumador. El 25% de los pacientes realizaba actividad física más de 3 horas a la semana. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (43%), dislipidemia (31%) y diabetes/resistencia a la insulina (DM/RI) (29%). La mediana de índice de masa corporal (IMC) fue de 28,5 (17,4 – 48,3). La prevalencia de esteatosis fue de 58% por ecografía. El IMC (OR 1,30; IC95% 1,18-1,43,  $p < 0,001$ ), la hipertensión arterial (OR 1,92; IC95% 1,04-3,53,  $p = 0,036$ ), la DM/RI (OR 3,33; IC95% 1,60-6,92,  $p = 0,001$ ) y los triglicéridos (OR 1,01; IC95% 1,00-1,03,  $p = 0,029$ ) resultaron factores de riesgo para esteatosis. Las horas de actividad física semanales resultaron un factor protector (OR 0,86; IC95% 0,26-0,99,  $p = 0,038$ ) (Tabla 1). En un subgrupo de 73 pacientes se realizó Fibroscan®, observando una prevalencia de esteatosis de 60% y de fibrosis (F2 – F4) de 5% (Tabla 2). **Conclusión:** La prevalencia de esteatosis hepática fue de 58%, mayor a la descrita en Chile previamente. Se observó un 5% de fibrosis, similar a la descrita en series de población general. Los factores de riesgo asociados a la presencia de esteatosis fueron diabetes/resistencia a la insulina, hipertensión arterial, IMC y niveles de triglicéridos.



Tabla 1. Comparación de variables entre pacientes con y sin esteatosis de cualquier grado evaluada por Ecografía

N = 182	Esteatosis N = 105 (58%)	Sin esteatosis N = 77 (42%)	Valor p
Sexo (n;%)			
Femenino	63 (69)	55 (71)	0,111
Masculino	42 (40)	22 (29)	
Edad (mediana;rango)	52 (21 – 84)	58 (19 – 86)	0,186
Tabaco actual / ex-fumador (n;%)	56 (54)	39 (51)	0,670
Actividad física (más de 3 hr semanales) (n;%)	21 (20)	25 (32)	0,056
Actividad física (horas a la semana) (mediana;rango)	0 (0 – 8)	0 (0 – 14)	<b>0,016</b>
Comorbilidades (n;%)			
Hipertensión arterial	52 (50)	26 (34)	<b>0,035</b>
Dislipidemia	31 (30)	24 (32)	0,799
Diabetes Mellitus/Resistencia insulina	40 (38)	12 (16)	<b>0,001</b>
Hipotiroidismo	13 (13)	15 (20)	0,169
Otra	46 (46)	38 (50)	0,557
Antecedente familiar de EHC (n;%)	20 (19)	24 (25)	0,361
IMC (mediana;rango)	30,9 (21,9 – 48,3)	25,9 (17,4 – 38,7)	<b>&lt; 0,001</b>
Laboratorio (n = 50) (mediana;rango)			
GGT	23 (6 – 157)	21 (14 – 923)	0,772
GOT	27,5 (12 – 247)	25,5 (15 – 41)	0,447
GPT	29 (6 – 127)	21 (11 – 47)	0,170
Colesterol	178 (124 – 270)	183 (105 – 281)	0,986
HDL	41 (22 – 118)	56 (31 – 71)	<b>0,010</b>
LDL	100,8 (52 – 197)	111 (56 – 192)	0,988
Triglicéridos	142 (66 – 375)	102 (42 – 189)	<b>0,030</b>
FA	77,5 (49 – 132)	85 (44,5 – 566)	0,447
Glicemia	98 (80 – 171)	96 (77 – 214)	0,364



**Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas y clínicas entre pacientes con y sin fibrosis hepática medida por Elastografía hepática (Fibroscan®).**

<b>N = 73</b>	<b>Fibrosis (F1 – F4) N = 9 (12%)</b>	<b>Sin Fibrosis N = 64 (88%)</b>	<b>Valor p</b>
Sexo (n;%)			
Femenino	5 (56)	43 (67)	0,367
Masculino	4 (44)	21 (33)	
Edad (mediana;rango)	49 (39 – 63)	55 (21 – 82)	0,298
Tabaco actual / ex-fumador (n;%)	7 (80)	34 (54)	0,162
Actividad física (n;%)	3 (33)	16 (25)	0,430
Comorbilidades (n;%)			
Hipertensión arterial	3 (33)	31 (48)	0,314
Dislipidemia	3 (33)	24 (38)	0,560
Diabetes / Resistencia insulina	7 (80)	20 (31)	<b>0,011</b>
Antecedente familiar de EHC (n;%)	1 (11)	17 (27)	0,291
IMC (mediana;rango)	35,8 (21,9 – 48,3)	28,9 (20,1 – 47,8)	<b>0,031</b>
Esteatosis por ecografía (n;%)			
No	1 (11)	28 (44)	<b>0,026</b>
Leve	2 (22)	17 (27)	
Moderada	4 (44)	18 (28)	
Severa	2 (22)	1 (1)	
Esteatosis por Fibroscan (n;%)			
No	2 (22)	27 (42)	0,189
Leve	0 (0)	10 (16)	
Moderada	1 (11)	8 (13)	
Severa	6 (67)	19 (30)	
CAP (Fibroscan) (mediana;rango)	345 (214 – 400)	256 (144 – 384)	<b>0,010</b>
kPa (Fibroscan) (mediana;rango)	6,8 (3,4 – 75)	4,3 (2,8 – 6,2)	<b>0,007</b>



# #97 - RELACIÓN ENTRE CURVA PLANA DE HIDRÓGENO-METANO EN TEST DE AIRE ESPIRADO LACTULOSA Y CONSTIPACIÓN, EN PACIENTES DERIVADOS POR SOSPECHA DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN INTESTINO DELGADO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-097>

Felipe Andrés Fuentes Velasco<sup>1</sup>, Christiane Mariechen Mies Jander<sup>1</sup>, Sofía Barros Correia Mendes<sup>1</sup>, Christian Ignacio Von Mühlenbrock Pinto<sup>2</sup>, Rodrigo Enrique Quera Pino<sup>2</sup>, Tatiana Vujcic Villarroel<sup>2</sup>, Nicole Pacheco Herrera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Clínica Universidad de los Andes.

**Introducción:** El sobrecrecimiento bacteriano en intestino delgado (SBI) es una condición caracterizada por una colonización excesiva de bacterias y arqueas fermentadoras de carbohidratos en el intestino delgado, usualmente de origen colónico. La estasis intestinal y una alteración en la fase III del complejo motor migratorio podrían ser posibles causas, facilitando el crecimiento bacteriano, entre otros. Su diagnóstico se realiza con el Test de Aire espirado (TAE) lactulosa o glucosa, a través de la medición de curva de hidrógeno (> 20 ppm sobre el basal) y metano elevadas (> 10 ppm). Se ha asociado la producción de metano a constipación y de hidrógeno con hinchazón y diarrea, sin embargo, no está muy esclarecida la asociación entre una curva plana de hidrógeno y de metano con los síntomas del paciente. **Objetivo:** determinar si existe relación entre una curva plana de Hidrógeno y metano en el TAE lactulosa, con historia de constipación en el periodo en que se realiza el examen, en población local que es derivada para estudio de SBI. **Metodología:** estudio observacional retrospectivo de cohorte de 30 pacientes, desde septiembre 2023 hasta agosto 2024, a los cuales se les realizó TAE lactulosa, con técnica estandarizada equipo Quintron®, determinando como curvas planas a hidrógeno menor a 20 ppm y metano menor a 10 ppm durante los 180 minutos de estudio. Se estudiaron entrevistaron pacientes con encuesta sintomática y se revisó historial clínico. Se excluyeron pacientes con uso de antibióticos recientes, gastroparesia, uso de laxantes o aquellos que no contaban con registros clínicos en nuestro centro. **Resultados:** se incluyeron 30 pacientes, edad mediana 41.1 años (rango 17-82 años). De estos, 8/30 pacientes (26.7%) referían constipación en su historia y en el periodo que fue realizado el examen, 20/30 pacientes (66.7%) no presentaba constipación y 2/30 pacientes (6.7%) tenían tránsito indeterminado. **Conclusión:** una curva plana de hidrógeno-metano en el TEA lactulosa se asocia a mayor frecuencia de constipación con respecto a población derivada por sospecha de SBI con flora productora de hidrógeno y/o metano. Dentro de las posibles causas están un tránsito orocecal enlentecido o consumo de hidrogeno por flora productora de sulfuro de hidrógeno, no medido por técnicas actuales. Se requiere un mayor número de pacientes para poder complementar estos hallazgos preliminares.



# #98 - COMPARACIÓN ENTRE LOS TEST DE AIRE ESPIRADOS REALIZADOS EN HORARIO AM Y LOS REALIZADOS EN HORARIO PM, PARA EL DIAGNÓSTICO DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-098>

Sofía Barros Correia Mendes<sup>1</sup>, Felipe Andrés Fuentes Velasco<sup>1</sup>, Christiane Mariechen Mies Jander<sup>1</sup>, Karin Sibny Herrera Carrasco<sup>2</sup>, Christian Ignacio von Mühlentrock Pinto<sup>2</sup>, Nicole Pacheco Herrera<sup>2</sup>, Tatiana Eugenia Vujcic Villarroel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Clínica Universidad de los Andes.

**Introducción:** El test de aire espirado (TAE) es una herramienta diagnóstica no invasiva que se utiliza para diagnosticar malabsorción de azúcares y sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado (SIBO: small intestine bacterial overgrowth). El TAE se basa en la fermentación bacteriana intestinal de carbohidratos, que produce gases que se eliminan en el aire espirado. Los gases cuantificables en el TAE son hidrógeno (H<sub>2</sub>) y metano (CH<sub>4</sub>), producidos únicamente por gérmenes intestinales. Es importante contar con una preparación adecuada antes de realizar el TAE para evitar factores que puedan alterar el resultado. Dentro de estos factores, están: antibióticos, fármacos, probióticos y contar con un periodo de ayunas de al menos 8 horas<sup>2</sup>. Debido al requisito de ayuno, este examen suele realizarse únicamente en la mañana, lo cual restringe la cantidad de TAE a realizar en un día. No hay literatura a la fecha que respalde la realización de TAE en horario PM. **Objetivo:** Evaluar si existe diferencia en los resultados de TAE realizados en horario mañana (AM) y tarde (PM) en pacientes con 8 horas de ayunas. **Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 263 TAE realizados para el diagnóstico de SIBO utilizando lactulosa como sustrato (10 gramos). Se analizaron los niveles de H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub> en aire espirado basal y cada 15 minutos hasta los 90 minutos y luego cada 30 minutos por 180 minutos. Consideramos un diagnóstico de SIBO, cuando existe una elevación de la curva de H<sub>2</sub> mayor o igual a 20 ppm respecto al basal dentro de los primeros 90 min. Consideramos diagnóstico de sobrecrecimiento de flora metanógena (IMO: intestinal methanogen overgrowth) cuando existen valores de CH<sub>4</sub> mayor o igual a 10 ppm, dentro de los primeros 90 min. **Resultados:** Se analizaron 263 TAE, 192 (73%) en la mañana y 71 (27%) en la tarde. En el análisis en base a H<sub>2</sub> (tabla 1), se observó un valor basal de 2 ppm en el grupo AM y 3 ppm en el grupo PM; Porcentaje de pacientes que presentaron SIBO: 44.27% en el grupo AM y 43.66% en el grupo PM. En el análisis de CH<sub>4</sub> (tabla 2), se observó un valor basal: 5 ppm en el grupo AM y 6 ppm en el grupo PM; Porcentaje de pacientes que presentaron IMO: 75.52% en el grupo AM y 78.87% en el grupo PM. Estos valores no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub> entre los grupos AM y PM. **Conclusión:** El porcentaje de pacientes diagnosticados con SIBO es similar en los grupos analizados. Este hallazgo permite ampliar la oferta de horarios de TAE para los pacientes que requieran de este examen.

	AM	PM	Total	P value
<b>Nivel basal H<sub>2</sub></b>				
Mediana (ppm)	2	3	2	0.756
<b>Pacientes con SIBO</b>				
Valor porcentual	44.27%	43.66%	44.87%	0.057

	AM	PM	Total	P value
<b>Nivel basal CH<sub>4</sub></b>				
Mediana (ppm)	5	6	5	0.138
<b>Pacientes con IMO</b>				
Valor porcentual	75.52%	78.87%	76.42%	0.323

## #99 - PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO PILOTO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-099>

Francisca Grandón Romero<sup>1</sup>, María Jesús Ballart Espinosa<sup>1</sup>, Rodrigo Nieto Ojeda<sup>2</sup>, Marcela Carrasco Gorman<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>1</sup>, Carolina Pávez Ovalle<sup>1</sup>, Cristian Hernández Rocha<sup>1</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Hospital Base San José de Osorno.

**Introducción:** La fragilidad es un síndrome multidimensional que lleva a un mayor riesgo de resultados adversos en salud. Es un proceso dinámico y modificable, con transiciones entre los 3 estadios: robusto, pre-frágil y frágil. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) cuando es grave, se manifiesta con características asociadas a la fragilidad, como pérdida de peso, fatiga y sarcopenia. Los primeros estudios sobre fragilidad en EII se realizaron en un contexto quirúrgico y estudios posteriores la han asociado como un factor independiente a un mayor riesgo de mortalidad en EII. La gran mayoría de los estudios son retrospectivos y evalúan la fragilidad mediante diagnósticos asociados a CIE-10, lo que puede subestimar su prevalencia en pacientes más jóvenes. A la fecha, no existe consenso en la literatura sobre la mejor herramienta para medir fragilidad en EII. La escala SHARE-FI ha sido validada en atención primaria, incluso en menores de 65 años y comprende 4 preguntas y medición de fuerza muscular con dinamómetro. **Objetivos:** Establecer en forma prospectiva la prevalencia de fragilidad, y los factores asociados, en pacientes ambulatorios con diagnóstico de EII en un centro de salud universitario en Chile. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal que incluyó población adulta con diagnóstico de EII, en controles ambulatorios en la Red de Salud UC-Christus, entre octubre 2022 y octubre 2023. Mediante una pauta estructurada y entrevista protocolizada en cada paciente se obtuvieron los datos clínicos y de laboratorio, incluyendo un cuestionario de calidad de vida (IBDQ9). La fragilidad fue medida a través de la escala SHARE-FI. Se excluyeron pacientes embarazadas o en lactancia, pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, infecciones extradigestivas activas, hemorragia digestiva de otra causa o cáncer activo. **Resultados:** Se reclutaron 64 pacientes, 62,5% mujeres, con una edad promedio de 42,3±13,6 años. La prevalencia de fragilidad se observó en 26 pacientes (40,6%), lo que incluye 20 pacientes pre-frágiles y 6 pacientes frágiles y 38 pacientes (59,4%) fueron robustos. La probabilidad de fragilidad en mujeres fue 4,2 veces mayor respecto a hombres (Odds ratio 4,2 [IC95% 1,3-13,4]), y tuvieron una peor calidad de vida medida (Odds ratio 4,29 [IC95% 1,39-13,21]). No se observó asociación entre fragilidad y tipo de EII, índices de actividad, uso de corticoides/terapia biológica, cirugías relacionadas a EII, crisis de EII con hospitalización en el último año o niveles de vitamina D. **Conclusiones:** La prevalencia de fragilidad (frágil y pre frágil) en nuestra población de EII fue del 40,62%. La fragilidad se asoció con sexo femenino y una peor calidad de vida, pero no con otras variables estudiadas como tipo de EII, hospitalizaciones o cirugías. Se requieren más estudios para diseñar intervenciones que optimicen el manejo y prevengan las consecuencias deletéreas de la fragilidad en esta población de pacientes. (FONDECYT#1211344).



Tabla 1: Descripción de pacientes y análisis de variables cualitativas según fragilidad.

Variable	Clasificación (n)	Robustez (%)	Fragilidad n (%)	p	OR	IC 95% OR
Sexo	Hombre (24) Mujer (40)	19 (79,2) 19 (47,5)	5 (20,8) 21 (52,2)	0,018	4,20	1,31 a 13,46
Tipo de EII	EC (33) CI (3) CU (28)	22 (66,7) 1 (33,3) 15 (53,6)	11 (33,3) 26 (40,6) 13 (46,4)	0,365	4,00 1,73	0,33 a 49,08 0,61 a 4,89
Actividad de EII según índices	Leve (15) Moderada (6) Remisión (36) Severa (7)	9 (60,0) 1 (16,7) 24 (66,7) 4 (57,1)	6 (40) 5 (83,3) 12 (33,3) 3 (42,9)	0,170	7,50 0,75 1,13	0,69 a 81,25 0,22 a 2,60 0,18 a 6,93
Corticoides	No (50) Sí (14)	32 (64,0) 6 (42,9)	18 (36,0) 8 (57,1)	0,220	2,37	0,71 a 7,92
Terapia biológica	No (44) Sí (20)	24 (54,6) 14 (70,0)	20 (45,5) 6 (30,0)	0,283	0,51	0,17 a 1,58
Cirugías relacionadas a EII	No (52) Sí (12)	30 (57,7) 8 (66,7)	22 (42,3) 4 (33,3)	0,747	0,68	0,18 a 2,55
Crisis de EII hospitalaria último año	No (56) Sí (8)	33 (58,9) 5 (62,5)	23 (41,1) 3 (37,5)	1,000	0,86	0,19 a 3,96
IBDQ-9 (Puntaje)	≥ 60 (43) <60 (20)	30 (69,8) 7 (35,0)	13 (30,2) 13 (65,0)	0,013	4,29	1,39 a 13,21
Calprotectina (ug/g)	≤50 (12) >50-100 (11) >100-150 (8) >200 (14)	10 (83,3) 8 (72,7) 3 (37,5) 8 (57,1)	2 (16,7) 3 (27,3) 5 (62,5) 6 (42,9)	0,179	1,88 8,33 3,75	0,25 a 14,08 1,03 a 67,14 0,59 a 23,87

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; EC: Enfermedad de Crohn; CI: Colitis indeterminada; CU: Colitis ulcerosa; IBDQ-9: Cuestionario de calidad de vida IBDQ-9. Valor p calculado con Prueba exacta de Fisher, OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza. Estimación del OR y sus IC con regresión logística simple.

Tabla 2: Descripción de pacientes y análisis de variables cuantitativas según fragilidad

Variables	Total n (media±DE)	Robustez n (media±DE)	Fragilidad n (media±DE)	p	OR	IC 95% OR
Edad	64 (42,26±13,65)	38 (42,4±12,68)	26 (42,1±15,21)	0,9280*	1,00	0,96 a 1,04
Años desde diagnóstico	64 (11,59±9,89)	38 (11,7±10,39)	26 (11,5±9,33)	0,9506*	1,00	0,95 a 1,05
Niveles de vitamina D (ng/mL)	62 (23,42±10,27)	37 (23,9±11,67)	25 (21,2±7,42)	0,1273**	0,96	0,90 a 1,02

DE: Desviación estándar; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza. Valor p calculado con \*t-test para varianzas iguales; \*\*t-test para varianzas distintas. Estimación del OR y sus IC con regresión logística simple.

# #100 - Encuesta Panamericana de Investigación sobre la Prevalencia de Condiciones Preneoplásicas Gástricas y las Capacidades de las Unidades de Endoscopia en Latinoamérica y el Caribe: Fase piloto en Chile

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-100>

Felipe Silva Peña<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>1</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>, María Constanza Camargo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>National Cancer Institute.

**Introducción:** El cáncer gástrico (CG) representa un desafío para la salud pública en Latinoamérica, siendo una de las principales causas de muertes por cáncer en la región. La estrecha brecha descrita en Latinoamérica entre la incidencia y mortalidad por CG, tiene relación con el diagnóstico de esta enfermedad en estadios tardíos. La detección temprana del CG y la vigilancia de condiciones premalignas gástricas (CPMG) podrían ayudar a reducir la mortalidad. Sin embargo, existe escasa información en nuestra región sobre la prevalencia de CPMG y las capacidades de las unidades de endoscopia para enfrentar este desafío. **Objetivo:** Realizar una encuesta a múltiples unidades de endoscopia en Latinoamérica para determinar la prevalencia de condiciones preneoplásicas gástricas y evaluar las capacidades endoscópicas disponibles para detectar y tratar el CG incipiente en la región. **Métodos:** Estudio observacional transversal a través de una encuesta (plataforma Redcap) de datos agregados aplicada a unidades de endoscopia sobre los recursos disponibles y los procedimientos realizados entre el 1 de agosto y el 30 de noviembre del 2019, previo al inicio de la pandemia COVID-19. Como centro piloto, se aplicó la encuesta en la unidad de endoscopia de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La encuesta incluye los siguientes dominios: 1) Características del centro asistencial; 2) Características y capacidades de la unidad de endoscopia; 3) Datos agregados de los procedimientos de detección y manejo de CPMG y CG incipiente; 4) Recursos disponibles; 5) Definición del grupo de investigación por centro. (ID Comité de Ética: 231103006). **Resultados:** En el periodo del estudio se realizaron 3.796 endoscopías de vías digestivas altas y 1.837 colonoscopías en adultos mayores de 18 años en el centro piloto de Chile. La unidad analizada contó 9 box de endoscopías (distribuidas en 3 centros en Santiago), 27 endoscopios, 18 colonoscopios, y dispone de 30 endoscopistas activos (incluyendo 6 mujeres). El 37% de los pacientes que asistieron a una colonoscopia se realizaron una endoscopia (cotesting). El 30% mostró infección activa por H. pylori, principalmente diagnosticado por test de ureasa. Se obtuvieron biopsias gástricas en el 30% de las endoscopías, y 15% de estas fueron protocolizadas de acuerdo a Sydney. El 9% de los pacientes con biopsias presentó un estadio de alta riesgo III-IV de OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Durante los tres meses de estudio, se diagnosticaron 7 casos de displasias gástricas (incluyendo 2 de alto grado) y 14 adenocarcinomas (0,18%), 43% (n=6) incipientes. **Conclusión:** En el centro piloto de Chile, se observó una elevada prevalencia de CPMG de alto riesgo, con una baja tasa de detección de CG en las endoscopías realizadas. Estos datos sugieren la necesidad de focalizar los recursos endoscópicos en pacientes de mayor riesgo y en vigilancia de CPMG. La aplicación al centro piloto permitirá refinar la encuesta para aplicación en múltiples centros Latinoamericanos. Los resultados conjuntos de la encuesta servirán de guía para la planeación de servicios y la formulación de políticas de salud pública que permitan el control del CG en la región.



## #101 - Quimioembolización transarterial con partículas liberadoras de doxorubicina como terapia para hepatocarcinoma celular

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-101>

Eduardo Andrés Segovia Vergara<sup>1</sup>, Arturo Alejandro Alonso Gómez<sup>2</sup>, Matías Vargas Araya<sup>2</sup>, Paola Oyarzún Godoy<sup>2</sup>, Rodrigo Alexander Mansilla Vivar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad San Sebastián, <sup>2</sup>Hospital de Puerto Montt.

**Introducción:** El carcinoma hepatocelular representa el 90% de las lesiones neoplásicas primarias del hígado, y en más de un 80% se produce en hígados cirróticos. En Chile, la principal etiología corresponde al NASH, seguido de cirrosis alcohólica. Desafortunadamente, cerca de la mitad de HCC se diagnostican en estadios donde no es viable la terapia curativa, y solo un 20-30% son candidatos a trasplante hepático. Frente a ello, la quimioembolización transarterial ha demostrado prolongar la sobrevida y mejorar significativamente la calidad de vida. A continuación, se presenta un estudio unicéntrico de pacientes con HCC tratados mediante quimioembolización. **Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, realizado entre 2020 y 2023 en el Hospital de Puerto Montt. Se analizaron registros de pacientes con HCC, con indicación de tratamiento por quimioembolización transarterial con partículas liberadoras de doxorubicina (DEB-TACE). Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: pacientes diagnosticados con HCC, con lesiones >30mm únicas o en su conjunto, mayores de 18 años. Fueron excluidos pacientes candidatos a procedimientos curativos, aquellos en que pudiera resultar riesgoso el procedimiento y aquellos con trombosis portal o estadio Child-Pugh C. La respuesta fue evaluada mediante criterios RECIST. **Resultados:** Se constituyó una muestra final de 11 casos, compuesta por 8 hombres (72%) y 3 mujeres (28%), con un promedio de edad de 64 años. De ellos, 9 poseen cirrosis hepática secundaria a NASH en estadio Child-Pugh A, y 2 cirrosis hepática alcohólica en estadio Child-Pugh B. El tamaño promedio de las lesiones fue de 38.1 mm, siendo 7 lesiones únicas y 4 lesiones múltiples. Todos los pacientes fueron tratados con microesferas LifePearl, cargadas de 75mg de doxorubicina. En 2 pacientes no se logró instilar el volumen competo, logrando solamente instilar 37,5mg. Todos los procedimientos evidenciaron avascularización completa del tumor. Solo existió un evento adverso en relación al procedimiento (embolización incidental de la arteria cística), sin complicaciones clínicas. Posterior al tratamiento, todas las lesiones disminuyeron su tamaño. Se obtuvo respuesta completa en 3 pacientes (27%), respuesta parcial en 5 pacientes (45%) y estabilidad de la enfermedad en 3 pacientes (18%). Se realizaron reintervenciones en 5 pacientes, 3 de las cuales fueron con el fin de realizar un "Down-staging" para ser candidatos a trasplante hepático, obteniendo respuesta parcial. **Discusión y conclusión:** La DEB-TACE tiene una tasa de respuesta reportada de 70%, con complicaciones en menos del 10%. Realizar múltiples sesiones es más efectivo para lograr la necrosis tumoral, lo que se recomienda en aparición de restos viables de tumor, nuevos nódulos o aumento de AFP. Además de ser efectiva como terapia en pacientes que no son candidatos a trasplante hepático, es de utilidad como terapia puente para llegar a este, manteniendo a los pacientes dentro de los criterios o reduciendo el tamaño de las lesiones. Otras alternativas terapéuticas incluyen la combinación con sorafenib, aunque no reportan mayor eficacia y agregan toxicidad considerable, sin mejorar la sobrevida. De esta forma, la DEB-TACE constituye una terapia eficaz, segura y bien tolerada para el tratamiento paliativo de HCC.



## #102 - Evaluación de la resecabilidad de neoplasias epiteliales incipientes gástricas mediante disección endoscópica submucosa

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-102>

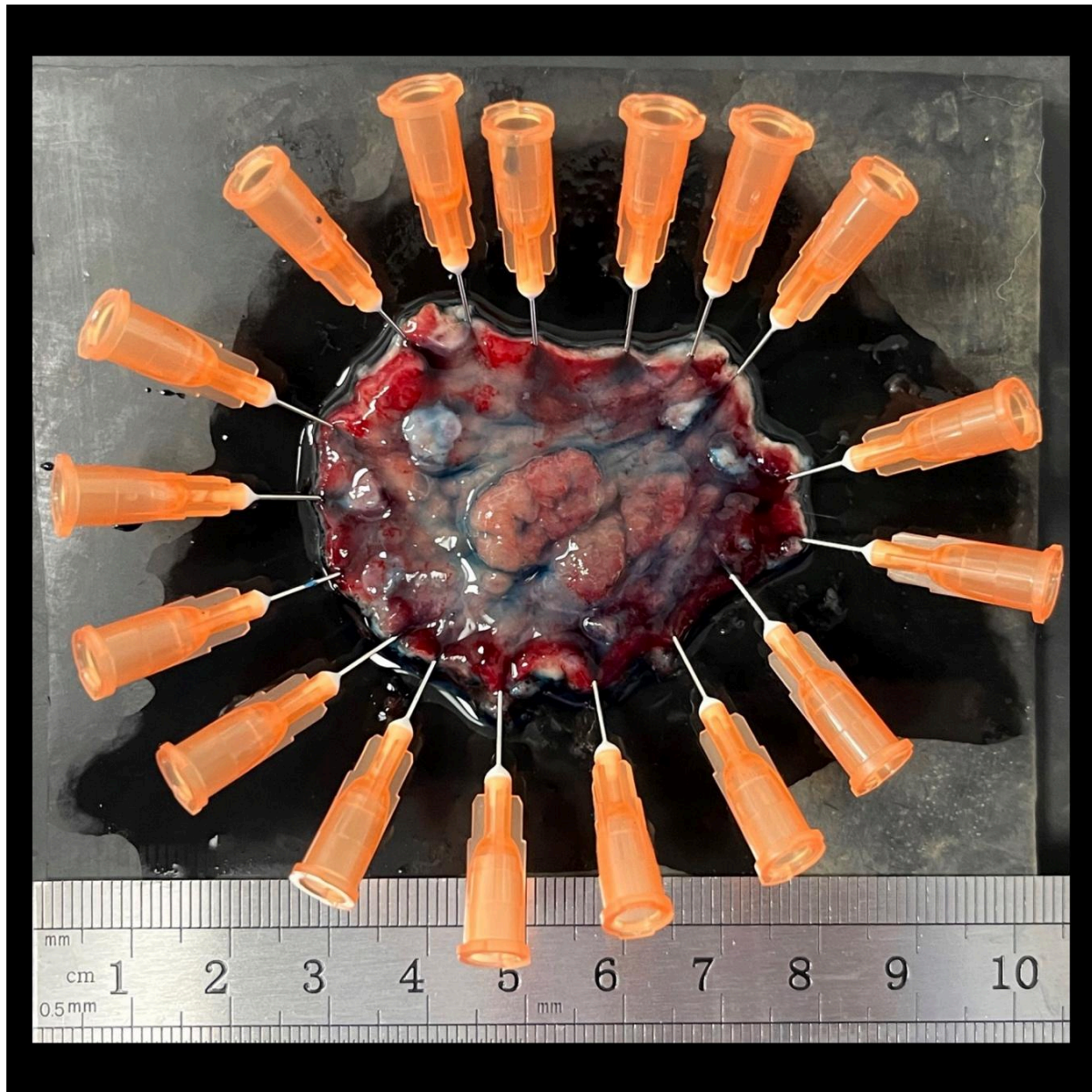
Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Felipe Silva Peña<sup>1</sup>, Francisca Martínez Venezian<sup>1</sup>, Pilar Alvarado Vasquez<sup>1</sup>, Josefina Dávila Wenk<sup>1</sup>, Antonio Pausin Muñoz<sup>2</sup>, Antonio Mercandino Sepúlveda<sup>3</sup>, Javiera Torres Montes<sup>1</sup>, Juan Carlos Roa Strauch<sup>1</sup>, Andrés Donoso Durante<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés de Illapel, <sup>3</sup>Hospital Carlos Cisternas.

**Introducción:** La disección submucosa endoscópica (ESD) se ha convertido en la terapia de elección para las neoplasias gástricas incipientes. El control de los márgenes horizontales y verticales ha permitido la resección en bloque de lesiones extensas del estómago y reducir la recidiva local. Una evaluación anatomopatológica cuidadosa de la pieza extendida permite establecer los criterios de una resección curativa con baja probabilidad de diseminación linfática (DL). **Objetivo:** Evaluar la resecabilidad de neoplasias incipientes gástricas mediante disección endoscópica submucosa e identificar factores relacionados con el compromiso submucoso (pT1b) y la DL. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a ESD por una neoplasia epitelial gástrica, incluyendo displasia de bajo (DBG) y alto grado (DAG) y adenocarcinoma, entre 2012-2024. La técnica de la ESD se describe brevemente en la Figura 1. Las piezas de resección fueron extendidas y analizadas por dos patólogos expertos (Figura 2). Se recolectaron variables demográficas, endoscópicas e histopatológicas. Se definió como resección en bloque la resección en una pieza completa, resección curativa según los criterios eCura y recidiva como recurrencia de tejido neoplásico en el control endoscópico (>3 meses). (ID Comité de Ética: 220601004). **Resultados:** Se incluyeron 117 pacientes (edad media: 68±8.7 años; 45% mujeres). Las lesiones se localizaron en el 30% (n=35) en la región antro-pilórica, 68% (n=80) en cuerpo y 1.7% (n=2) en cardias. El tamaño mediano de las lesiones fue 15 mm (IQR 10-20). La morfología más frecuente fueron lesiones planas deprimidas (0-IIc) en el 27% (n=31), plano-elevada con depresión (0-IIa+c) 24% (n=28), plano elevadas (0-IIa) 24% (n=28) y sésiles (0-Is) 10% (n=12). El 68% (n=79) de las lesiones correspondieron a adenocarcinomas (76% T1a y 24% T1b), 21% (n=25) DAG y 11% (n=13) DBG. La principal variable asociada al compromiso submucoso (T1b) fue un componente deprimido (IIc) (Odds Ratio: 3.1; IC95%:1.1-9.0). Un 38% (n=18) de las lesiones donde la biopsia por pinza mostró DBG o DAG, la biopsia de la resección mostró adenocarcinoma. Se logró una resección en bloque del 96% (n=112) de las lesiones (4 resecciones frustras por motivos técnicos), con criterios de resección curativa en el 88% (n=103) de los casos. Se realizó una gastrectomía como tratamiento definitivo en 12 de las 14 resecciones no curativas, identificando DL en 2 casos (14%). Las principales complicaciones fueron sangrado tardío (4.3%; n=5), perforación (4.3%; n=5) y estenosis (1.7%; n=2). Se observó un 3% (n=3) de recidiva local (mediana 11 meses) y no se observaron muertes relacionadas a CG, con una mediana de seguimiento de 56 meses (IQR 29-81). **Conclusión:** La ESD es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de neoplasias gástricas incipientes y los criterios propuestos para la evaluación de una resección curativa permiten identificar el riesgo de diseminación linfática. El elevado aumento del grado histológico al analizar la pieza de resección respecto de la biopsia con pinza refuerza la necesidad de apoyar las decisiones terapéuticas en la evaluación endoscópica e histológica de las neoplasias gástricas incipientes.







# #103 - BRECHA DE ARSENAL FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍA FUNCIONAL GASTROINTESTINAL: DIFERENCIAS ENTRE RECOMENDACIONES DE PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO Y DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-103>

Jorge Ignacio San Juan Andrade<sup>1</sup>, Sebastián Ignacio Licci Benavente<sup>1</sup>, Camila Fernanda Barrientos Riveros<sup>2</sup>, Carlo Stefano Pedemonte Gutiérrez<sup>3</sup>, Luis Roque Sáenz Fuenzalida<sup>4</sup>, Francisco Castillo Val<sup>5</sup>, Luis Arnaldo Méndez Alcamán<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CESFAM San Rafael, <sup>2</sup>CESFAM Miguel Ángel Arenas López, <sup>3</sup>Clínica Alemana de Santiago/Hospital Padre Hurtado, <sup>4</sup>Clínica Alemana de Santiago, <sup>5</sup>Hospital Hanga Roa.

**Introducción:** Las patologías funcionales gastrointestinales han aumentado su prevalencia e incidencia durante los últimos años, teniendo una prevalencia general aproximada del 40% según estudios recientes. Dentro de las patologías más frecuentes se encuentran: constipación funcional (11,7%), dispepsia funcional (7,2%) y diarrea funcional (4,7%). La disponibilidad de manejo farmacológico de estas patologías en la atención primaria de salud a nivel nacional es desconocida. **Objetivo:** Comparar la disponibilidad de medicamentos en algunos centros de atención primaria de Chile, para el manejo de patología gastrointestinal funcional en relación con las últimas recomendaciones de la American Gastrointestinal Association (AGA). **Métodos:** Se realiza listado de medicamentos recomendados por la AGA y se realiza búsqueda a nivel nacional de distintos arsenales farmacológicos de centros de salud familiar (CESFAM) y hospitales de baja complejidad. Se evaluó la presencia y ausencia de este listado inicial y se compararon los resultados entre los distintos centros de salud. **Resultados:** Se logra obtener acceso a información de medicamentos disponibles en 7 CESFAM y un hospital de baja complejidad. El 100% de los centros tenían 4 o más medicamentos. Venlafaxina fue el único medicamento que estuvo disponible en todos los centros. El 81.8% de los centros tenía 1 o más restricciones de prescripción de estos fármacos, de los cuales lactulosa al 65% y mirtazapina 15 mg fueron los medicamentos con más restricción. **Conclusión:** Se destaca la disponibilidad limitada de varios fármacos de uso recomendado, sobretodo en algunos que incluso al estar disponibles, tienen indicación restringida a patologías GES (Garantías explícitas en Salud) o a pacientes inscritos en programas específicos de atención primaria. Los hallazgos evidencian una diferencia significativa que podría afectar la calidad del manejo clínico de estas patologías a nivel primario. Limitaciones de este estudio recaen en un número limitado de centros de salud y en un conjunto específico de patologías y medicamentos.



# #104 - EFECTIVIDAD DE INTENSIFICACIÓN DE TERAPIA ANTI -TNF EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA. ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO EN UN CENTRO TERCIARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-104>

Diego Ruedi Zalaquett<sup>1</sup>, Alex Arenas Aravena<sup>1</sup>, Gustavo Walsen Arangua<sup>1</sup>, Karina Lucero Zegers<sup>2</sup>, Karina Tenorio Villarroel<sup>2</sup>, Patricio Ibáñez Lazo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, <sup>2</sup>Clínica Alemana La Dehesa.

**Introducción:** La terapia biológica, bajo la Ley Ricarte Soto (LRS) en Chile, permite el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) con anti-TNF como infliximab (IFX), adalimumab (ADA) y golimumab (GOL). Se ha observado que hasta un 30% de los pacientes no responden al tratamiento Anti-TNF y hasta el 50% desarrollan pérdida de respuesta secundaria. Ante la limitación de acceso a terapias avanzadas, la intensificación de la dosis se utiliza como estrategia para lograr el control de la CU. **Material y métodos:** Se realizó análisis retrospectivo de pacientes con CU tratados con anti-TNF bajo la LRS seleccionando aquellos con terapia intensificada (TI), definida como cualquier dosis ADA>40 mg cada 2 semanas, IFX>5mg/kg cada 8 semanas y GOL>50 mg cada 4 semanas. Se revisaron fichas clínicas para extraer datos demográficos, detalles del tratamiento (tipo de biológico y dosis) y estado clínico usando mayo score (enfermedad activa vs. remisión). Se analizaron proporciones y se aplicaron métodos estadísticos multifactoriales para evaluar asociaciones significativas entre la intensificación de la dosis y los desenlaces clínicos. Estudio aprobado por el comité de ética institucional. **Resultados:** De 94 pacientes con CU en terapia biológica bajo LRS, 49 (52%) han requerido terapia intensificada. La mediana de edad actual fue de 37 años (RIQ 30-43,75) y edad al diagnóstico 29 años (RIQ 21-38). Un 51% fueron mujeres. La duración de la enfermedad fue de 8 años (RIQ 5-11) y el tiempo en terapia biológica fue de 36 meses (RIQ 12-57). El 91,7% de los pacientes eran no fumadores. En cuanto a la clasificación clínica de Mayo, el 70,8% de los pacientes tuvo un puntaje de 0, el 10,4% presentaba un puntaje de 4 o 5. Respecto a terapia asociada, 56,2% utiliza 5-ASA y 19,6% azatioprina. Respecto al control endoscópico basado en Score de Mayo, el 29,2% presentó un puntaje de 0, el 8,3% un puntaje de 1 y el 6,3% un puntaje de 2, mientras que el 56,3% no tenía datos de puntaje endoscópico. De los pacientes optimizados, un 75% se mantiene en tratamiento y un 25% fracasó. El 69% requirió doble dosis y un 30% el cuádruple de la dosis estándar, independiente del tipo de biológico (ver tabla 1). El 79,2% respondió al primer anti-TNF intensificado, asociándose significativamente con remisión clínica ( $p=0,023$ ). Sin embargo, la intensificación de un segundo o tercer anti-TNF tiene mayor tasa de fracaso ( $p=0,04$ ). **Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes con CU en terapia anti-TNF requiere dosis intensificadas y hasta un tercio de ellos un cuádruple de la dosis estándar, con las implicancias de costos y potenciales efectos secundarios. Pese a eso, un cuarto de los pacientes fracasa con esta estrategia y falla a un segundo o tercer anti TNF no sería recomendable. Se hace necesario disponer de alternativas terapéuticas como ustekinumab, upadacitinib, tofacitinib u otras para este subgrupo de pacientes que no responden a terapia intensificada.

Tabla 1:

	2 veces	4 veces
ADA		7
IFX	4	6
GOL	6	2
TOTAL	34 (69%)	15 (30%)

# #105 - EFECTIVIDAD DE INTENSIFICACIÓN DE TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO EN UN CENTRO TERCIARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-105>

Diego Ruedi Zalaquett<sup>1</sup>, Alex Arenas Aravena<sup>1</sup>, Gustavo Walsen Arangua<sup>1</sup>, Karina Lucero Zegers<sup>2</sup>, Karina Tenorio Villarroel<sup>2</sup>, Patricio Ibáñez Lazo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, <sup>2</sup>Clínica Alemana La Dehesa.

**Introducción:** Para la Enfermedad de Crohn (EC) en Chile, la Ley Ricarte Soto (LRS) permite el tratamiento con anti-TNF infliximab (IFX) y adalimumab (ADA). Se ha observado que hasta un 30% de los pacientes no responden al tratamiento Anti-TNF y hasta el 50% desarrollan pérdida de respuesta secundaria. Ante la limitación de acceso a terapias avanzadas, la intensificación de la dosis se utiliza como estrategia para lograr el control de la EC. **Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con EC tratados con anti-TNF bajo la LRS en nuestro centro seleccionando aquellos con terapia intensificada (TI) (definida como cualquier dosis > ADA 40 mg cada 2 semanas o IFX >5 mg/kg cada 8 semanas. Se revisaron fichas clínicas para extraer datos demográficos, detalles del tratamiento (tipo de biológico y dosis) y estado clínico según score de Harvey Bradshaw (HB) (enfermedad activa vs.remisión). Se analizaron proporciones y se aplicaron métodos estadísticos multifactoriales para evaluar asociaciones significativas entre la intensificación de la dosis y los desenlaces clínicos. Estudio aprobado por el comité de ética institucional. **Resultados:** De un total de 146 pacientes con EC en terapia biológica bajo LRS, 78 (53%) han requerido TI. La mediana de edad actual fue de 41 años (RIQ 32-62) y edad al diagnóstico 30 años (RIQ 20-47). Un 51% fue de sexo femenino. La duración de la enfermedad fue de 7 años (RIQ 3-14) y el tiempo en terapia biológica fue de 36 meses (RIQ 12-60). El 18% de los pacientes eran fumadores (14% ex-fumadores). De acuerdo al fenotipo, un 12%, 53%, 35% tenían EC ileal, colónica e ileo-colónica respectivamente. El compromiso perianal en un 30%. El fenotipo fue un 77 %, 18%, 5% inflamatorio, estenosante y penetrante respectivamente. Un 23% tenía cirugía relacionada a la EC. Respecto a terapia asociada, un 18% utilizaba azatioprina y 3% metotrexato. El 64% requirió doble dosis y el 36% cuádruple dosis estándar de agente biológico (Tabla 1). Un 83,2% tenía HB menor o igual a 4 y un 42,3% tenía SEC-CD menor a 2. El 24.4% fracasó a la intensificación, y a un segundo anti-TNF se observó mayor tasa de fracaso 90,9% (p<0.001). **Conclusiones:** La TI tiene una alta tasa de respuesta clínica y endoscópica En el contexto de limitación de uso de terapias avanzadas permitiendo solo anti-TNF tras falla a inmunomoduladores o enfermedad perianal, más de la mitad de los pacientes con EC requieren TI, un tercio cuádruple de dosis habitual con las implicancias de costos y potenciales efectos secundarios, Un cuarto de los pacientes falla a esta estrategia y en particular el segundo anti TNF no logra control de la EC, y por lo tanto, requieren terapias avanzadas. Se hace necesario disponer de alternativas terapéuticas como ustekinumab, upadacitinib u otras para este subgrupo de pacientes que no responden a terapia intensificada.

Tabla 1:

	2 veces	4 veces
ADA		15
IFX	43	13
TOTAL	50 (64%)	28 (36%)



# #106 - FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL USANDO LOS CRITERIOS DE FRIED MODIFICADO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-106>

Rodrigo Nieto Ojeda<sup>1</sup>, Ruth Núñez Puentes<sup>2</sup>, Oslando Padilla Pérez<sup>2</sup>, Manuel Álvarez Lobos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Base San José Osorno, <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La fragilidad es un síndrome complejo y multidimensional que predispone a mayor vulnerabilidad. Estudios internacionales reportan una prevalencia en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que va del 6,1 al 39,3% según el método empleado para evaluarla. Su presencia en EII se ha asociado a múltiples eventos adversos como morbilidad grave, infección, requerimiento de reintervención quirúrgica, rehospitalización y mortalidad. Las sociedades internacionales recomiendan su evaluación previa a la toma de decisiones en pacientes  $\geq 60$  años, sin embargo, no se ha indicado el método adecuado para determinarla, así como tampoco su importancia en la población de menor edad. **Método:** Estudio de cohorte transversal, descriptivo y unicéntrico, donde se recogieron datos de pacientes  $> 18$  años con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en centros de la Red Salud UC Christus, los que fueron reclutados entre marzo 2022 y julio 2023. Se recogió información sociodemográfica y clínica. Se estudiaron los criterios del fenotipo de fragilidad de Fried modificado: fatiga, baja de peso, actividad física, dinamometría palmar  $< p20$  y tiempo de caminata. Se definió como prefrágiles a aquellos con 2 criterios alterados y como frágiles a aquellos con 3 criterios alterados. **Resultados:** Se reclutaron 64 pacientes, con una edad media de  $42.2 \pm 13.6$  años, siendo 40 mujeres (62,5%) y 26 hombres (37,5%). Un total de 28 pacientes (43,8%) padecían colitis ulcerosa, 33 pacientes (51,6%) enfermedad de Crohn y 3 pacientes (4,7%) colitis indeterminada. En cuanto al grado de actividad 36 pacientes (56,3%) se categorizaron en remisión. Los dos criterios alterados más frecuentes fueron la presión palmar  $< p20$  presente en 44 pacientes (68,7%) y la fatiga que se reportó en 34 pacientes (53,1%). 24 pacientes (37,5%) cumplieron criterios de prefragilidad y 15% (23,4%) de fragilidad. En el análisis multivariado ser de mayor edad y ser mujer se asoció al fenotipo prefrágil y frágil, con un OR de 1,07 (IC 95%: 1,0-1,1, valor p 0,009) y OR de 4,77 (IC 95%: 1,4-15,8, valor p 0,011) respectivamente, sin encontrarse asociación con la actividad de la enfermedad, extensión de la enfermedad, tipo de tratamiento ni con la calidad de vida. **Conclusión:** Un número significativo de los pacientes cumplió criterios de prefragilidad y fragilidad, predominando el criterio de dinamometría palmar alterado como el más frecuente, lo que traduce la sarcopenia probable de esta población. Es necesario la realización de más estudios para determinar el mejor método de evaluación de fragilidad en esta población y medir su impacto clínico.

TABLA 1. Características de la población



<b>Características demográficas y clínicas</b>	<b>Total N = 64</b>
Edad, años, media (DS)	42,2 (±13,6)
Mujer, n (%)	40 (62,5)
Peso, kg, media (DS)	67,4 (±12,6)
Índice de masa corporal, kg/m <sup>2</sup> , media (DS)	25,2 (±3,9)
Índice Charlson, mediana (RIQ)	0 (0-1)
Tabaquismo activo, n (%)	14 (21,9)
Tabaquismo suspendido, n (%)	26 (40,6)
<b>Características asociada a su EII</b>	
Edad al diagnóstico, años, media (DS)	31,8 (±12)
Diagnóstico >60 a, n (%)	2 (3,1)
Tiempo de diag, años, media (DS)	10,4 (±9,4)
Tiempo de diag. >10 años, años, media (DS)	28 (43,8)
Remisión, n (%)	36 (56,3)
<b>Colitis ulcerosa</b>	28 (43,8)
Extensión Proctitis (E1), n (%)	3 (4,7)
Colitis izquierda (E2), n (%)	9 (14,1)
Colitis extensa (E3), n (%)	14 (21,9)
No precisada, n (%)	2 (7,1)
Índice de Mayo parcial, mediana (RIQ)	3 (0-6)
Índice de Mayo total, mediana (RIQ)	5 (1-8)
<b>Enfermedad de Crohn</b>	33 (51,6)
<b>Colitis indeterminada</b>	3 (4,7)
Extensión Ileal (L1), n (%)	4 (11,1)
Colónica (L2), n (%)	23 (63,9)
Ileo-colónica (L3), n (%)	8 (22,2)
Gastrointestinal alto (L4), n (%)	1 (2,8)
Fenotipo Inflamatorio (B1), n (%)	21 (58,3)
Estenosante (B2), n (%)	7 (19,4)
Penetrante (B3), n (%)	8 (22,2)
Compromiso perianal (p), n (%)	12 (33,3)
Índice Harvey-Bradshaw, mediana (RIQ)	2 (1-6)
<b>Medicamentos</b>	
Salicilatos, n (%)	37 (7,8)
Inmunomodulador, n (%)	25 (39,1)
Biológico, n (%)	20 (31,3)
Corticoesteroide, n (%)	14 (21,9)
<b>Manifestaciones musculoesqueléticas, n (%)</b>	51 (79,7)
Artralgias, n (%)	48 (75)
Artritis axial, n (%)	8 (12,5)
Artritis periférica, n (%)	3 (4,7)
<b>Otros</b>	
Hospitalizaciones asociadas, n (%)	39 (60,9)
Cirugías asociadas, n (%)	12 (18,8)
Número hospitalizaciones asoc, mediana (RIQ)	1 (0-2)
IBDQ9, %, media (DS)	63,8 (±10,1)

TABLA 2. Análisis estadístico

<b>Análisis bivariado</b>	<b>Robustez</b>	<b>Fragilidad o prefragilidad</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor P</b>
N (%)	25 (39,1)	39 (60,9)			
Edad, años, media (DS)	36,7 (±10,1)	45,7 (±14,4)			0,005
Mujer, n (%)	11 (44)	29 (74,4)	3,7	1,26-11,1	0,009
Índice de Mayo total, media (DS)	2,2 (±1,2)	6,2 (±4,1)			0,019
IBDQ9, %, media (DS)	70,3 (±8,7)	59,7 (±8,7)			<0,001
Hemoglobina, g/dl, media (DS)	14 (±1,9)	12,5 (±1,7)			0,002
VHS, mm/h, media (DS)	9,8 (±13)	17,2 (±14,1)			0,039
<b>Análisis multivariado</b>	<b>Robustez</b>	<b>Fragilidad o prefragilidad</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor P</b>
Edad, años, media (DS)	36,7 (±10,1)	45,7 (±14,4)	1,07	1,02-1,12	0,009
Mujer, n (%)	11 (44)	29 (74,4)	4,77	1,44-15,84	0,011



## #107 - PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* Y SU CORRELACION CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER GASTRICO EN POBLACION ADULTA DE LA ARAUCANIA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-107>

Edmundo Alberto Hofmann Frene<sup>1</sup>, Fabian Andrés Santander Valenzuela<sup>1</sup>, Nicolas Emilio Diener Celedon<sup>1</sup>, Vicente Isai Viveros Allende<sup>1</sup>, Karen Valeria Ramirez Alvial<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de la Frontera, <sup>2</sup>Clínica Alemana Temuco.

**Introducción:** El *Helicobacter pylori* (HP) es causa de úlcera péptica y cáncer gástrico. La transmisión oral-oral se asocia a la transmisión de HP con aparición frecuente de la infección entre miembros de una misma familia, como padres e hijos, con riesgo de enfermar. La evidencia recomienda a las personas con antecedentes familiares de cáncer gástrico (CG) someterse a pruebas para detectar infección por HP<sup>3</sup>. Actualmente en Chile la prevalencia de infección por HP es del 70%<sup>4</sup>. La guía GES indica screening con endoscopia digestiva alta (EDA) y test de ureasa (TU) a mayores de 40 y sintomáticos, excluyendo aquellos asintomáticos que pudieran estar infectados por HP<sup>5</sup>. **Objetivos:** Establecer la prevalencia de HP en Clínica Alemana de Temuco (CAT) entre pacientes con antecedentes familiares de 1° grado (AF1M) de GC y sin AF1M de GC. **Material:** Se utilizaron registros de CAT, desde enero de 2019 a julio de 2024. Se seleccionaron un total de 26290 pacientes con EDA y TU con resultado correspondiente. Se estableció como control a los pacientes que no posean AF1G de GC, considerando el TU más antiguo como válido. Se determina como grupo de estudio a 826 pacientes con AF1G de GC, TU tomado y resultado positivo o negativo. Ambos grupos se subdividieron entre pacientes con y sin ascendencia mapuche (AM), basándose en la presencia de al menos un apellido perteneciente a la etnia. Además, se realizó un recuento de los diagnósticos de CG en ambos grupos para compararlos. **Resultados:** En el grupo control, de 26.303 pacientes, el 73,2% tuvo TU negativo versus un 26,8% con resultado positivo, además se determinó que 10,4% corresponden a pacientes con AM; de este subgrupo con AM un 68,9% posee TU negativo y un 31,1% positivo. En el grupo de estudio, de 826 pacientes un 77% posee TU negativo versus un 23% con TU positivo, además se determinó que un 11,6% poseen AM; de este subgrupo con AM un 70,8% tiene TU negativo y un 29,2% positivo. En ambos grupos se determinó el número de diagnósticos de CG, en el control corresponde a 0,17% y en el grupo de estudio a 0,39%. **Conclusión:** La prevalencia de HP en ambos grupos es similar pese a la presencia de AF1M en el grupo de estudio, lo que sugiere no hay mayor probabilidad de CG respecto a la población general; planteando la necesidad de nuevo análisis respecto a la EDA con TU como técnica screening en población mayor de 40 años con AF1G. La población con AM y la prevalencia respectiva de HP no resulta en una diferencia significativa. El porcentaje de diagnóstico de CG resultó significativamente mayor en el grupo en estudio, con un 0,39%, respecto al control con un 0,17% de diagnósticos, siendo este último similar al 0,2% de diagnósticos de CG obtenidos en Nueva Imperial. Este trabajo forma parte de una línea de investigación futura, siendo el siguiente paso el recuento de pacientes con EDA, TU y biopsias con protocolo de Sydney, a fin de analizar mayores diferencias poblacionales.



# #108 - ANÁLISIS DE ÁCIDOS BILIARES SÉRICOS Y EN VESÍCULAS EXTRACELULARES: POTENCIALES BIOMARCADORES EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA POR ALCOHOL

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-108>

Paula Alexandra Rivera Aguayo<sup>1</sup>, Luis Antonio Díaz Piga<sup>2</sup>, Fidel Alejandro Allendes Sanzana<sup>3</sup>, Juan Pablo Arab Verdugo<sup>4</sup>, Sandra Solari<sup>3</sup>, Nancy Solís<sup>3</sup>, Marco Arrese<sup>3</sup>, Francisco Barrera<sup>5</sup>, Daniel Cabrera<sup>6</sup>, Jorge Arnold<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>MASLD Research Center UCLA San Diego, <sup>3</sup>Pontificia Universidad Católica, <sup>4</sup>Virginia Commonwealth University School of Medicine, <sup>5</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>6</sup>Universidad de Los Andes.

**Introducción:** La enfermedad hepática por alcohol (EHA) tiene limitadas opciones terapéuticas y actualmente no existen biomarcadores específicos. Los ácidos biliares (AB) tienen un rol relevante en la patogénesis de la EHA, y la colestasis es una de las manifestaciones cardinales de la hepatitis asociada a alcohol (HA) grave. Las Vesículas extracelulares (VEs) han mostrado un gran potencial como biomarcadores en enfermedades hepáticas. **Objetivos:** Evaluar cambios en los niveles séricos de AB, vesículas extracelulares (VEs) y su carga en el espectro de la EHA y evaluar la utilidad diagnóstica de estos biomarcadores en HA. **Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes con EHA, incluyendo HA, cirrosis por alcohol, trastorno por consumo de alcohol (TCA) y controles sanos. Se midieron los niveles de AB en suero y en VEs, y C4 y FGF19 por HPLC (LC/MS) y cuantificación y caracterización de VEs a través de ultracentrifugación y nanoparticle tracking análisis (NTA). Se estimaron curvas ROC (Característica Operativa del Receptor) para evaluar el rendimiento de los AB en suero y en VEs. **Resultados:** Se incluyeron 117 pacientes (30 con HA, 29 cirrosis por alcohol, 28 TCA y 30 controles sanos). Se encontró una mayor cantidad de AB totales y conjugados en todo el espectro de la EHA en comparación a los controles ( $p < 0,0001$ ), además de diferencias significativas en los niveles de FGF19 y C4. La concentración promedio de EVs en el grupo HA fue de  $1,292 \times 10^{11} \pm 6,4 \times 10^{10}$  partículas/mL en comparación a los controles sanos ( $4,49 \times 10^{10} \pm 1,67 \times 10^9$  partículas/mL). Se encontraron AB en las VEs aisladas y un aumento de ciertos ácidos biliares como el ácido quenodeoxicólico conjugado con taurina (T-CDCA) y glicina (G-CDCA) en el espectro EHA y en particular en el grupo HA ( $p < 0,001$ ). Finalmente, evaluamos el rendimiento de la carga de EV-BA y C4 en el diagnóstico y pronóstico de la hepatitis asociada a alcohol, identificando que los niveles de ácido cólico conjugado con glicina y taurina (G-CA y T-CA respectivamente), T-CDCA en VEs y C4 en suero tuvieron el mejor rendimiento en el diagnóstico y mortalidad de HA, sin diferencias significativas entre estos biomarcadores (EVGCA AUC=0.78, EVTCA AUC=0.79, EVTCDCA AUC=0.79, C4 AUC=0.874) (Figura 1). **Conclusión:** La concentración de VEs circulantes y la firma de carga de AB pueden usarse en el diagnóstico y caracterización de la enfermedad hepática por alcohol.

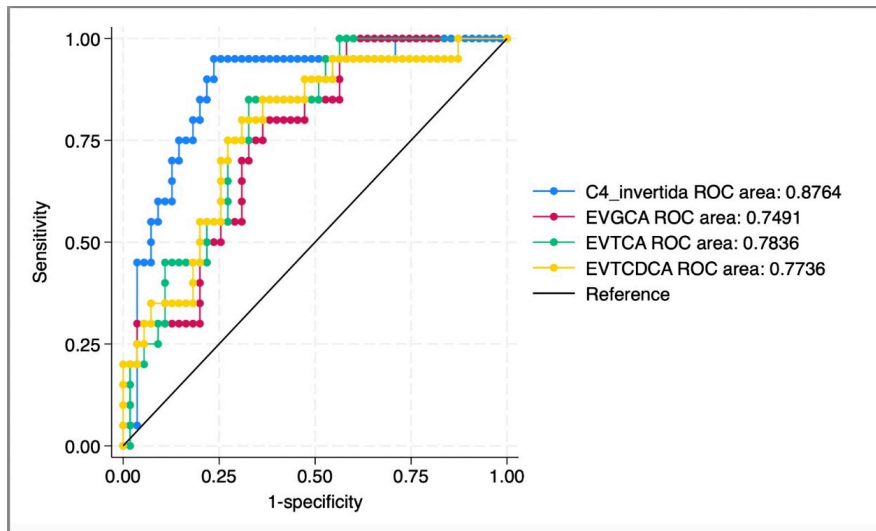


Figura 1. Ácidos biliares en vesículas extracelulares pueden predecir severidad en sujetos con AH.

# #109 - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN CHILE: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL CHILEII

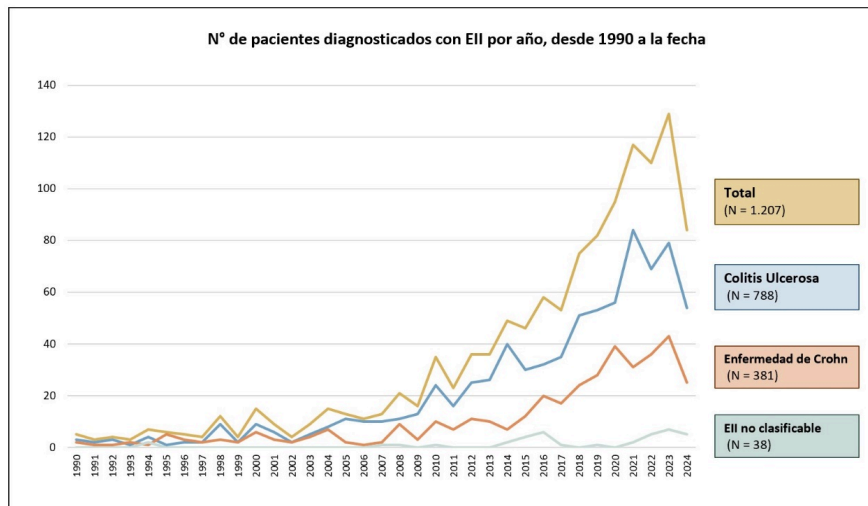
<https://doi.org/10.46613/congastro2024-109>

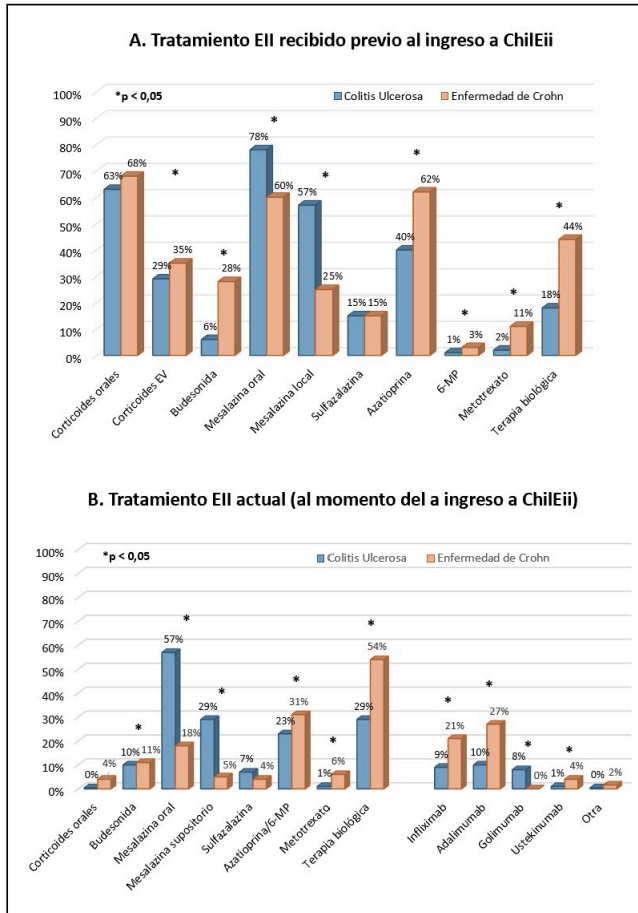
Paulina Núñez<sup>1</sup>, Carolina Pávez<sup>2</sup>, Daniela Simian<sup>3</sup>, Gonzalo Pizarro<sup>4</sup>, Edith Pérez de Arce<sup>3</sup>, Carolina Figueroa<sup>5</sup>, Rolando Sepúlveda<sup>6</sup>, Alex Arenas<sup>7</sup>, Fodda Chelech<sup>8</sup>, Ignacio Alfaro<sup>9</sup>, Irene Donoso<sup>10</sup>, René Rojas<sup>11</sup>, Miguel Valenzuela<sup>12</sup>, Rodrigo Quera<sup>1</sup>, Camila Estay<sup>3</sup>, Jaime Lubascher<sup>5</sup>, Basti Sanhueza<sup>6</sup>, Ignacia Sepúlveda<sup>2</sup>, Andrea Urra<sup>7</sup>, Lilian Flores<sup>1</sup>, Constanza López<sup>5</sup>, Carlos Valdebenito<sup>6</sup>, Cristián Hernández<sup>2</sup>, Gustavo Walsen<sup>7</sup>, Andrea Córdova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>3</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>4</sup>Hospital Barros Luco, <sup>5</sup>Clínica MEDS, <sup>6</sup>Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, <sup>7</sup>Hospital Dr. Sótero del Río, <sup>8</sup>Hospital del Salvador, <sup>9</sup>Hospital Guillermo Grant Benavente, <sup>10</sup>Hospital San Pablo, <sup>11</sup>Clínica Indisa, <sup>12</sup>Hospital Base San José.

**Introducción:** La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) plantea un desafío significativo para la salud pública, no solo su impacto en la calidad de vida de los pacientes, sino también por las complejidades asociadas a su manejo. El Registro Nacional ChilEii, respaldado por ACTECCU y administrado a través de la plataforma REDCap®, ofrece una oportunidad invaluable para determinar la prevalencia, las características clínicas y evolución de pacientes con EII en Chile.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes con EII incluidos en ChilEii, provenientes de centros públicos y privados de Chile, incluyendo variables epidemiológicas, clínicas, de tratamiento y quirúrgicas. **Métodos:** Estudio observacional de cohorte, transversal, de pacientes con diagnóstico de EII ingresados al Registro Nacional ChilEii por cada centro participante desde agosto 2023. Para este análisis, se utilizó información del formulario de Ingreso, que reúne variables sociodemográficas, antecedentes de EII y tratamiento desde el diagnóstico hasta el momento del ingreso de los datos. ChilEii fue aprobado por el Comité de Ética de cada centro participante. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencia, y porcentaje y medidas de tendencia central. Se determinaron diferencias entre pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC) con chi2 o Wilcoxon. **Resultados:** Entre el 01/08/2023 y 03/09/2024 se ingresaron 1.283 pacientes en el Registro ChilEii de 13 centros de Chile. Se excluyeron 57 pacientes por datos incompletos, dejando 1.226 para el análisis. De estos, el 98% tenía información ingresada entre 2022 y 2024. Según tipo de EII, 799 (65%) presenta CU, 389 (32%) EC y 38 (3%) EII no clasificable. La relación CU:EC fue de 2:1. En la Figura 1 se muestra el número de pacientes diagnosticados según tipo de EII desde el año 1990 a la fecha. La edad mediana fue de 39 años (14-89), el 62% mujeres, el 3% pertenecen a un pueblo originario y un 3% es primera generación de inmigrantes. El hábito tabáquico fue más frecuente en EC (12% vs 9%; p=0,001). Un 12% tenía antecedentes familiares de EII y 9% de cáncer colorrectal. La edad mediana al diagnóstico de 29,5 (5-82) años en CU y 34 (6-82) en EC (p<0,001). En la Clasificación de Montreal, predominó la colitis extensa (52%) en CU y el compromiso colónico (46%) en EC. El fenotipo inflamatorio fue el más frecuente en EC (77%), con compromiso perianal en el 24%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento entre CU y EC, tanto previos como actuales (Figura 2). Los pacientes con EC fueron hospitalizados y operados por su EII más frecuentemente que los con CU (49% vs 33%; p<0,001 y 31% vs 3%; p<0,001, respectivamente). **Conclusión:** En este primer reporte de pacientes con EII nacional se observa un aumento sostenido del diagnóstico de CU y EC en el tiempo, con una prevalencia de CU dos veces mayor que EC. Se observan diferencias en tratamiento, hospitalizaciones y cirugías entre ambas entidades. Es imperativo que más centros a lo largo de Chile se sumen, ya que la información prospectiva permitirá obtener información nacional relevante.





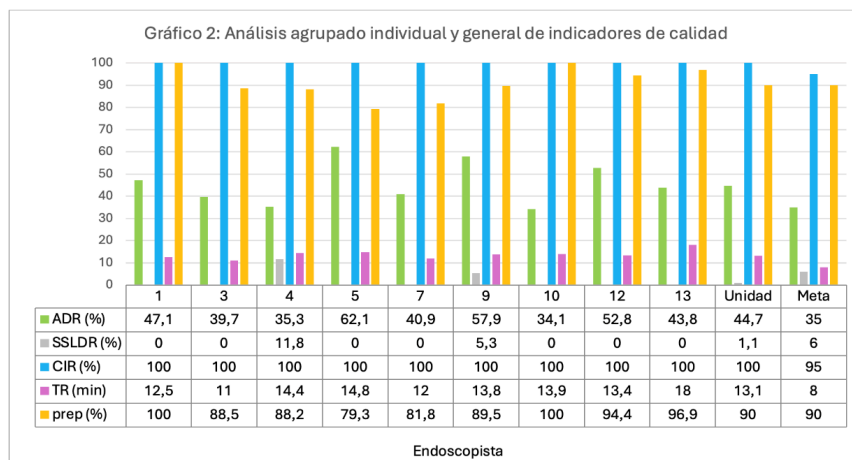
# #110 - ANÁLISIS DE INDICADORES PRIORITARIOS DE CALIDAD COLONOSCÓPICA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO TERCIARIO DE SANTIAGO, CHILE

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-110>

Patrick Sadler Spencer<sup>1</sup>, Roberto Santana Ibáñez<sup>1</sup>, Fernanda Matamala González<sup>1</sup>, Carla Neira Aguayo<sup>1</sup>, Sergio Escobar Hormazabal<sup>1</sup>, Catalina Farías Aqueveque<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada Hernández<sup>1</sup>, Verónica Silva Figueroa<sup>1</sup>, Nicolás Lama Arriagada<sup>1</sup>, Macarena Larrain Suckel<sup>1</sup>, Andrés De la Vega Bustamante<sup>1</sup>, Cristina Di Girolamo Velasquez<sup>1</sup>, Gian Franco Onetto Tapia<sup>1</sup>, Leandra Pardo Valdes<sup>1</sup>, Tamara Perez Jeldres<sup>1</sup>, Edmundo Aravena Torres<sup>1</sup>, Ricardo Estela Petit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) representa la tercera neoplasia en incidencia y la segunda en mortalidad a nivel mundial; y la colonoscopia es fundamental para su prevención. Los beneficios de la colonoscopia varían de acuerdo al operador, por lo que se ha avanzado en el desarrollo de indicadores de calidad que buscan mejorar la técnica y disminuir la variabilidad de los resultados. **Método:** Estudio de cohorte retrospectivo basado en revisión de informes colonoscópicos realizados entre enero y abril 2024. **Criterios inclusión:** -Pacientes  $\geq 45$  años sometidos a colonoscopia de tamizaje, seguimiento o diagnóstico. **Criterios exclusión:** -<45 años. -CCR conocido. -Enfermedad inflamatoria intestinal. -Síndromes neoplásicos hereditarios. -Colonoscopías incompletas o interrumpidas -Sangre oculta en heces positiva. - Registros incompletos. **Objetivos:** Evaluar el desempeño general e individual respecto a: Tasa de detección de adenomas (ADR), lesiones serradas sésiles (SSLDR), intubación cecal (CIR), preparación intestinal y tiempo de retiro endoscópico (TR). **Resultados:** De 656 procedimientos, 351 cumplieron criterios de inclusión con tasas de: ADR 44.7%, SSLDR 1.1%, CIR 100%, TR  $\geq 8$  minutos en el 99.2% y preparación adecuada en el 90%. En el desempeño individual, se registró el rendimiento de los 16 endoscopistas que participaron de las 351 endoscopías incluidas en el estudio; y se analizó el desempeño de los 9 endoscopistas con  $> 10$  procedimientos, excluyendo aquellos con  $< 10$  endoscopías por considerarse poco representativo de su desempeño. Hubo gran variabilidad interoperador, consiguiendo metas de ADR en 8/9, CIR en 9/9, TR en 9/9, preparación en 4/9 y SSLDR en 2/9 operadores. **Discusión:** En nuestra realidad pública son escasos los estudios de tamizaje ya que la limitada oferta endoscópica obliga a priorizar pacientes sintomáticos o con lesiones de riesgo conocidas; es por esto que decidimos basarnos en la nueva guía ACG/ASGE 2024 que vuelve a incluir estudios diagnósticos y de vigilancia en las recomendaciones. En este estudio, limitado por el escaso número de colonoscopías (n=351), se lograron los objetivos de ADR y TR tanto en forma general como individual; y como era de esperar por el diseño, se consiguió 100% de CIR. Sólo 2 operadores consiguieron meta de SSLDR, no siendo prudente extraer conclusiones puesto que al ser lesiones poco frecuentes se requieren cohortes más grandes para su análisis. Además, existe gran variabilidad en su interpretación histológica, lo cual deber ser investigado frente a bajas tasas de SSLDR. Se consiguió el objetivo de preparación intestinal como unidad, pero no fue uniforme entre los operadores, presumiéndose que ante el limitado acceso a colonoscopías en la salud pública, un examen subóptimo puede ser mejor que un examen no realizado. **Conclusión:** La relevancia del CCR y los beneficios de la colonoscopia obligan a avanzar en el seguimiento de indicadores de calidad. Este estudio demostró buenas tasas de ADR, CIR y TR; pero el pequeño número de colonoscopías revisadas impiden extraer conclusiones sobre la SSLDR. Si bien los resultados generales fueron favorables, hubo variabilidad entre operadores, dejando espacio para mejorar especialmente en la preparación intestinal, influida en parte, por el difícil acceso a la salud pública.



ADR: tasa detección de adenomas, SSLDR: tasa detección lesiones serradas sésiles, CIR: Tasa intubación cecal, TR: Tiempo de retiro endoscópico, Prep: Adecuada preparación intestinal.

Tabla 5: Análisis desempeño global e individual.

Endoscopista	ADR (%)	ADRH (%)	ADRM (%)	SSLDR (%)	CIR (%)	TR promedio (min)	Prep (%)	N° total proced.
1	47.1	66.7	36.4	0	100	12.5	100	34
3	39.7	45.7	34.9	0	100	11	88.5	78
4	35.3	75	23.1	11.8	100	14.4	88.2	17
5	62.1	66.7	60.0	0	100	14.8	79.3	29
7	40.9	57.1	33.3	0	100	12	81.8	22
9	57.9	57.1	58.3	5.3	100	13.8	89.5	19
10	34.1	31.6	36	0	100	13.9	100	44
12	52.8	73.3	38.1	0	100	13.4	94.4	36
13	43.8	50	41	0	100	18	96.9	32
Meta	≥ 35	≥ 40	≥ 30	≥ 6	≥ 95	≥ 8	≥ 90	

ADR: tasa detección de adenomas, ADRH: tasa detección de adenomas en hombres, ADRM: tasa detección de adenomas en mujeres, SSLDR: tasa detección lesiones serradas sésiles, CIR: Tasa intubación cecal, TR: Tiempo de retiro endoscópico, prep: Adecuada preparación intestinal, Unidad: unidad de endoscopia diagnóstica.



# #111 - EVALUACIÓN DE 5 ÍNDICADORES DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIA DE LA REGIÓN METROPOLITANA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-111>

Alejandro Pedraza Mayorga<sup>1</sup>, Franco Weisser Vuskovic<sup>1</sup>, Dana Camhi Krausz Camhi Krausz<sup>1</sup>, Dominga Picó Varleta<sup>1</sup>, Alan Wiener Deutsch<sup>1</sup>, Regina Borchert Billik<sup>1</sup>, Ana María Eneros Alabart<sup>1</sup>, Arturo Valdés Della Maggiora<sup>1</sup>, María Francisca Cabello Alleuanli<sup>1</sup>, Rodrigo Irrazábal del Campo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Clínica Dávila Recoleta.

En Chile, el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia y el tercero en mortalidad en ambos sexos<sup>1</sup>. La colonoscopia es una herramienta que reduce tanto la incidencia como la mortalidad por CCR, ya que, permite detectar y eliminar lesiones precursoras tempranas. Se han establecido indicadores de calidad, los cuales se agrupan en las fases de pre-procedimiento, procedimiento y post-procedimiento. La tasa de detección de adenomas (TDA) impacta en la incidencia y mortalidad por CCR, así como la tasa de intubación cecal (TIC) se relaciona con la capacidad de identificar neoplasias y el riesgo de CCR. **Materiales y Métodos:** Este estudio retrospectivo, descriptivo y transversal analizó los informes de colonoscopias realizadas entre enero y julio de 2024 en la Unidad de Endoscopias Digestivas de la Clínica Dávila Recoleta. Se evaluaron cinco indicadores de calidad: Preparación intestinal adecuada según escala de Boston (BBPS), TIC, TDA, tasa de detección de lesiones serradas sésiles (TLSS) y el índice de adenomas por colonoscopia (APC). Los umbrales utilizados fueron los recomendados por la American Gastroenterological Association (AGA) en 2021. Las variables categóricas se presentaron en valores absolutos y porcentajes, mientras que las ordinales se describieron mediante promedios, medianas y rangos. **Resultados:** Se revisaron 1500 colonoscopias, de las cuales 232 (16%) correspondían a tamizaje, excluyéndose 54 procedimientos en pacientes menores de 50 años. Se incluyeron en el análisis final 178 colonoscopias. La preparación intestinal adecuada se alcanzó en un 96.9% de los casos, con mínimas diferencias entre hombres (95.2%) y mujeres (96%). La TIC fue del 94% en promedio, con una mediana del 93% y un rango de 88% a 100%. La TDA promedió un 30%, con una mediana del 33% y un rango de 6% a 50%. La TLSS fue baja, con un promedio de 2% y un rango de 0% a 12%. El APC mostró un promedio de 58%, con una mediana del 50% y un rango de 12% a 150%. **Discusión:** La preparación intestinal adecuada no se cumplió según los estándares propuestos por la AGA (95%), aunque la elevada exclusión de informes (11.7%) constituye una limitación. En cuanto a la TIC, el 25% de los endoscopistas no alcanzó el umbral mínimo ( $\geq 90\%$ ), lo que podría impactar negativamente en la detección de neoplasias. A pesar de que la TDA es el indicador más relevante, un 50% de los endoscopistas cumplió el mínimo requerido ( $\geq 30\%$ ), y un 50% alcanzó el umbral aspiracional ( $\geq 35\%$ ). Además, el APC mostró importantes variaciones entre endoscopistas con TDA similares, lo que sugiere que este indicador podría ser útil para evaluar de forma más precisa el rendimiento individual. Del análisis de los adenomas identificados, el 91.5% fueron tubulares, y se registró un caso de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. **Conclusión:** Este estudio, el primero de su tipo en un centro de salud privado en Chile, destaca la necesidad de seguir investigando para mejorar la calidad de las colonoscopias y así optimizar un recurso escaso frente a una gran demanda para optimizar la prevención de CCR.

Tabla 1. Tasa de preparación intestinal adecuada según BPSS (n = 157)

	Total, n (%)	Mujeres, n (%)	Hombres, n (%)
Adecuada	144 (91,7)	95 (93,1)	49 (90,7)
Inadecuada	13 (8,3)	7 (6,8)	5 (9,2)

Tabla 2. Indicadores de calidad intra-procedimiento por endoscopista.

ENDO	Colonoscopias	Tamizaje (%)	TIC %	TDA %	TLSS %	APC %
1	373	17 (5)	94	6	0	12
2	181	31 (17)	90	16	0	19
3	162	19 (12)	95	53	0	89
4	157	49 (31)	90	22	2	43
5	192	2 (1)	100	50	0	50
6	110	12 (11)	92	50	8	75
7	90	17 (19)	100	18	12	35
8	50	10 (20)	90	50	0	150
9	73	4 (5)	100	25	0	50
10	62	17 (27)	88	41	0	59

APC: Adenomas por colonoscopias, ENDO: Endoscopista, TDA: Tasa de detección de adenomas, TIC: Tasa de intubación cecal, TLSS: Tasa de detección de lesiones serradas sésiles



# #112 - IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE DONANTE VIVO SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-112>

Camila Jure<sup>1</sup>, Richard Martínez<sup>1</sup>, Francisca Castillo<sup>1</sup>, Emilia Escobedo<sup>1</sup>, Mariana Figueras<sup>1</sup>, Anny Galvez<sup>2</sup>, Pilar Domínguez<sup>2</sup>, Sergio Riveros<sup>1</sup>, Martin Dib<sup>1</sup>, Jorge Martínez<sup>1</sup>, Nicolás Jarufe<sup>1</sup>, Eduardo Briceño<sup>1</sup>, Eduardo Viñuela<sup>1</sup>, Pablo Achurra<sup>1</sup>, Juan Pablo Arab<sup>1</sup>, Luis Díaz<sup>1</sup>, Francisco Idalsoaga<sup>1</sup>, Rodrigo Wolff<sup>1</sup>, Francisco Barrera<sup>1</sup>, Carlos Benítez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Red Salud UC-Christus.

**Introducción:** El trasplante hepático con donante vivo en adultos es una alternativa al trasplante con donante fallecido en países con bajas tasas de donación. La disponibilidad de donante vivo tiene la potencialidad de acortar el tiempo en lista y evitar morbilidad. **Objetivos:** Comparar la supervivencia, variables clínicas y tiempo promedio en lista de pacientes adultos con disponibilidad de donante vivo con la de aquellos sólo con opción de donante fallecido. **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes alistados para trasplante en el Hospital Clínico UC-Christus entre enero de 2020 y julio de 2024. Se evaluó la supervivencia en lista de aquellos con disponibilidad de un donante vivo versus aquellos sin disponibilidad. **Resultados:** Se evaluaron 363 pacientes alistados, mujeres 53.4%, edad promedio 55±12 años, hipertensos 28.3%, diabéticos 38.1%. Etiologías: MASLD 30.8%, ALD 13.7%, MetALD 6.2%, hepatitis autoinmune 16.8%, colangitis biliar primaria 7.0%, sobreposición 5.3% e infección por virus de la hepatitis C 2.5%, el 24% presentó hepatocarcinoma (Tabla 1). Del total, 68 pacientes (18.7%) tuvieron disponibilidad de donante vivo aprobado. La supervivencia en lista fue de un 100% para aquellos con disponibilidad de donante vivo vs. 78.6% de aquellos sin disponibilidad (p<0.01) (Figura 1), con un tiempo en lista de 5.5 ± 0.8 meses vs. 8.6 ± 0.6 meses respectivamente (p=0.01). **Conclusión:** La disponibilidad de un donante vivo suprime la mortalidad y reduce significativamente el tiempo en lista de espera de trasplante hepático.

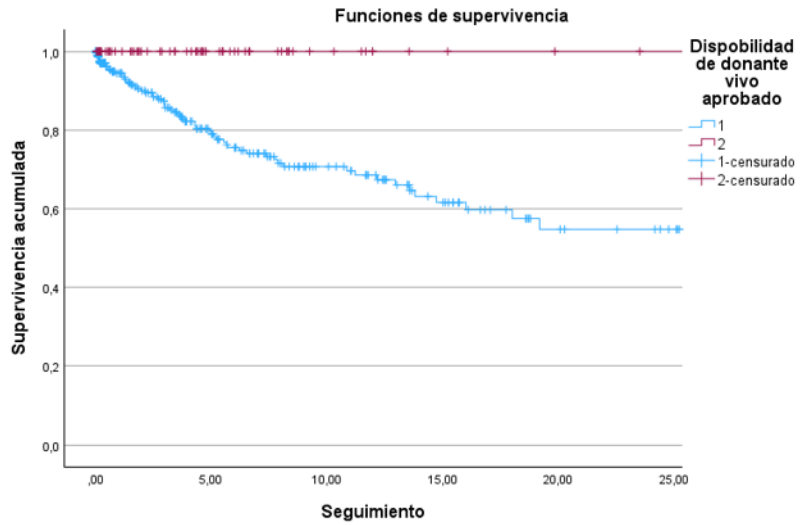
**Tabla 1. Características de la cohorte.**

	Total (n=363)	Sin disponibilidad de donante vivo (n=295)	Con disponibilidad de donante vivo (n=68)	valor p
Edad*	55 ±12	55.5 ±12	54.9 ±12	0.75
Mujer (%)	53.4	50.8	64.7	<b>0.04</b>
Hipertensión Arterial (%)	28.3	29.1	25	0.49
Diabetes Mellitus (%)	38.1	37.3	41.2	0.56
Etiologías (%)				
MASLD	30.8	32.1	25.4	0.28
ALD	13.7	14.1	11.9	0.64
MetALD	6.2	6.9	3.0	0.23
HAI	16.8	15.9	20.9	0.32
CBP	7.0	6.2	10.4	0.22
HAI/CBP	5.3	3.4	13.4	<b>0.001</b>
VHC	2.5	2.4	3.0	0.78
Tumores (%)				
Hepatocarcinoma	24.4	24.6	23.5	0.85
Neuroendocrino	1.4	0.7	4.4	<b>0.02</b>
Otros	0.8	0.3	2.9	<b>0.03</b>
MELD-Na*	21.9 ± 9.0	22.8 ± 9.0	18.0 ± 8.0	<b>&lt;0.001</b>
Categorías MELD Na (%)				
< 20	43.7	39.1	63.1	<b>&lt;0.001</b>
20-29	33.9	35.8	26.2	0.14
30-39	18.6	20.4	10.8	0.07
≥ 40	3.8	4.7	0	0.07
MELD operacional*	24.0 ± 7.4	24.9 ± 7.3	20.2 ± 6.3	<b>&lt;0.001</b>
Child Pugh (%)				
A	12.2	10.8	18.0	0.12
B	40.4	39.6	44.3	0.49
C	47.4	49.6	37.7	0.09
Creatinina*	1.2 ± 1.0	1.3 ± 1.1	0.8 ± 0.4	<b>&lt;0.001</b>
Sodio*	135.9 ± 11.9	135.6 ± 12.9	136.9 ± 5.0	0.41
Bilirrubina total*	7.9 ± 9.9	8.5 ± 10.4	5.3 ± 7.3	<b>0.02</b>
INR*	2.0 ± 1.2	2.1 ± 1.3	1.7 ± 0.8	<b>0.04</b>
Albúmina*	3.3 ± 0.7	3.3 ± 0.7	3.4 ± 0.7	0.34
Tiempo promedio lista de espera (meses)*	7.8 ± 0.5	8.6 ± 0.6	5.5 ± 0.8	<b>0.01</b>
Supervivencia en lista (%)	84.8	81.4	100	<b>&lt;0.01</b>
12 meses				
Supervivencia en lista (%)	82.6	78.6	100	<b>&lt;0.01</b>
24 meses				

Abreviaturas. MASLD: Esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica, ALD: Enfermedad hepática relacionada al alcohol, MetALD: Esteatosis hepática por disfunción metabólica y alcohol, HAI: Hepatitis autoinmune, CBP: Colangitis biliar primaria.

\*Media ± desviación estándar.

Figura 1. Supervivencia en lista según disponibilidad de donante vivo aprobado (1 = sin disponibilidad de donante vivo; 2 = con disponibilidad de donante vivo).

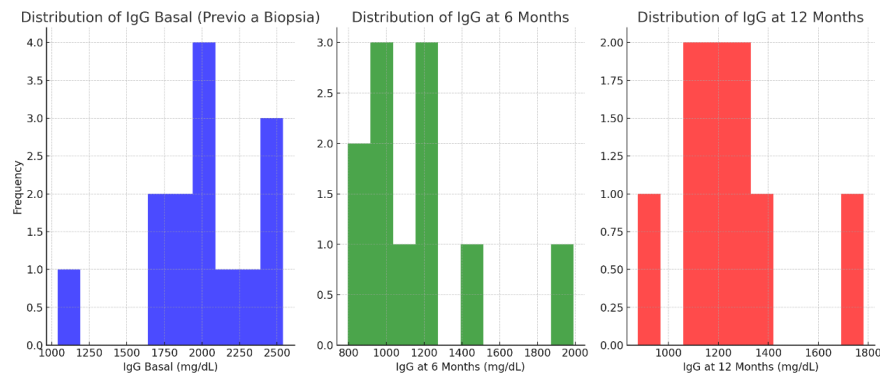


# #114 - CORRELACIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA POR ULTRASONOGRAFÍA CON RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS Y RESPUESTA A TERAPIA EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-114>

Iván Marcelo Fuentes Villegas<sup>1</sup>, Baltasar José Ramos Bascañán<sup>1</sup>, Álvaro Urzúa Manchego<sup>1</sup>, Gonzalo Cárdenas Loguercio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile.



**Introducción:** La elastografía hepática es una técnica no invasiva utilizada para evaluar la rigidez del hígado, permitiendo la estimación del grado de fibrosis hepática. En pacientes con hepatitis autoinmune (HAI), la determinación precisa de la fibrosis es crucial para el manejo clínico y la predicción de la respuesta al tratamiento. Este estudio tiene como objetivo evaluar la concordancia entre los resultados obtenidos mediante elastografía hepática y los hallazgos histopatológicos, además de explorar la utilidad de la elastografía como un factor pronóstico en la respuesta al tratamiento y su relación con la evolución de la IgG. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en 37 pacientes con diagnóstico de HAI atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2019 y 2024. La cohorte incluyó un 62% de mujeres y un 38% de hombres, con una media de edad de 55 años (rango: 38-72 años). Todos los pacientes fueron sometidos a biopsia hepática y elastografía por ultrasonografía, y se clasificaron según la presencia de fibrosis avanzada (F3-F4). Las variables analizadas incluyeron la Elastografía (ultrasonografía y Fibroscan®), el índice FIB4 y la evolución de la IgG basal a los 6 y 12 meses. La fibrosis avanzada se definió según los resultados histopatológicos. Se utilizó regresión logística para evaluar la asociación entre estas variables y la presencia de fibrosis avanzada. **Resultados:** De los 37 pacientes, el 56.8% presentó fibrosis avanzada (F3-F4) según los resultados histopatológicos. Además, el 78.4% de los pacientes mostró valores indicativos de fibrosis (>7.0 kPa) en la elastografía por ultrasonografía. En el análisis de regresión logística, la Elastografía (por ultrasonografía) mostró una tendencia a predecir fibrosis avanzada (coeficiente = 0.1617, p-valor = 0.136), aunque no alcanzó significancia estadística. El índice FIB4 no fue un predictor significativo en este modelo (coeficiente = -0.0084, p-valor = 0.932). Se observó una correlación significativa entre la reducción de los niveles de IgG a los 6 y 12 meses y los valores iniciales de elastografía, especialmente en pacientes con mayor grado de inflamación y necrosis en la biopsia. Los pacientes con fibrosis avanzada y aquellos que presentaron valores elevados la Elastografía inicial tendieron a mostrar una menor reducción en los niveles de IgG a lo largo del tiempo. **Conclusión:** A pesar de que la elastografía hepática por ultrasonografía mostró una alta tasa de detección de fibrosis, su correlación con los hallazgos histopatológicos no fue significativa en este estudio. Sin embargo, la evolución de los niveles de IgG a lo largo del tratamiento mostró una correlación con los valores iniciales de elastografía y con los hallazgos histopatológicos de inflamación y necrosis, lo que sugiere su posible utilidad como marcador pronóstico. El modelo general basado en Elastografía y FIB4 demostró potencial en la predicción de fibrosis avanzada en pacientes con HAI, indicando que este método podría ser una herramienta complementaria valiosa en la evaluación clínica. Se recomienda realizar estudios adicionales con muestras más grandes para confirmar estos resultados y mejorar la precisión diagnóstica de la elastografía hepática en la hepatitis autoinmune.

# #115 - Sistemas de estadificación OLGA y OLGIM en la evaluación del riesgo de cáncer gástrico: una revisión sistemática y metaanálisis de cohortes

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-115>

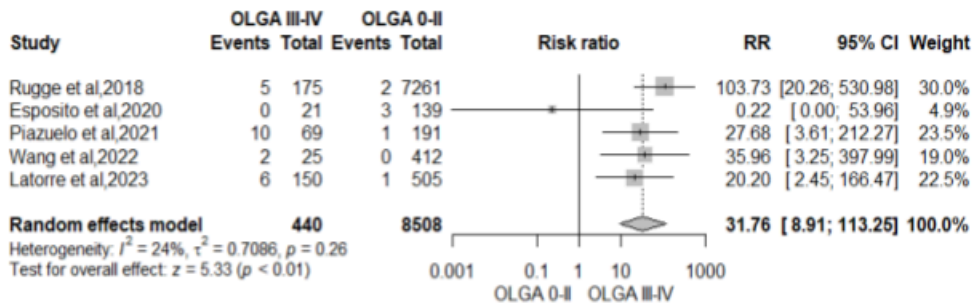
Harold Benites-Goñi<sup>1</sup>, Dacio Cabrera-Hinojosa<sup>2</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>3</sup>, Adrián Hernández<sup>2</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martín, <sup>2</sup>Hospital Nacional Dos de Mayo, <sup>3</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

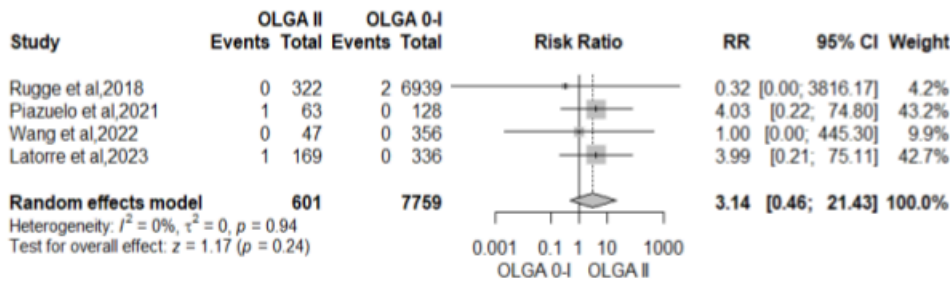
**Introducción:** Los sistemas de clasificación OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment) y OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment) han sido propuestos para la evaluación del grado de gastritis crónica atrófica (GCA) con o sin metaplasia intestinal (MI) y su riesgo de progresión a adenocarcinoma gástrico. Si bien múltiples cohortes nacionales e internacionales han evaluado el rendimiento de estas clasificaciones, sugiriendo que el mayor riesgo se encuentra en pacientes estadio III y IV, el bajo número de eventos en cada cohorte ha limitado un mayor entendimiento de categorías intermedias o estadio II de OLGA u OLGIM. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre los estadios de GCA y MI según las clasificaciones OLGA y OLGIM y el riesgo de neoplasias epiteliales gástricas metaanalizando los resultados de las cohortes prospectivas disponibles. **Métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática en cuatro bases de datos (Pubmed, Embase, Web of Science, Scopus) e incluyeron cohortes prospectivas que reclutaron pacientes adultos ( $\geq 18$  años), sin cáncer gástrico previo, que se sometieron a una endoscopia inicial con biopsias de mapeo gástrico (protocolo Sydney) y fueron categorizados según los sistemas OLGA y OLGIM, para luego ser seguidos mediante endoscopia. Comparativamente, se analizaron las categorías OLGA/OLGIM III-IV frente a OLGA/OLGIM 0-II y secundariamente OLGA/OLGIM II vs. 0-I. Los desenlaces de interés fueron eventos de adenocarcinoma gástrico y secundariamente displasia de bajo y alto grado. Se calcularon las razones de riesgo (RR) y las diferencias de riesgo (RD) agrupadas, junto con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. **Resultados:** Se incluyeron ocho estudios ( $n = 12,532$ ). La edad media de los pacientes varió de 48,2 a 64,9 años; el 46% eran hombres. Los estadios OLGA III-IV y OLGIM III-IV se asociaron con el desarrollo de CG en comparación con sus categorías 0-II (RR 31,76, IC 95% 8,91 a 113,25 y RR 12,38, IC 95% 5,75 a 25,65, respectivamente). El riesgo se mantuvo significativo al incluir solo países con alta incidencia de CG, y fue mayor al excluir un estudio que incluyó principalmente pacientes con gastritis autoinmune. Además, OLGA III-IV y OLGIM III-IV se asociaron con un mayor riesgo de displasia de bajo grado (DBG), displasia de alto grado (DAG) y CG en comparación con OLGA y OLGIM 0-II. Los estadios OLGA II y OLGIM II se asociaron con un mayor riesgo del desenlace combinado de cualquier grado de displasia y CG en comparación con OLGA 0-I y OLGIM 0-I, respectivamente, con medianas de progresión más prolongadas respecto a los estadios III y IV. **Conclusiones:** Los estadios más altos en los sistemas OLGA y OLGIM están asociados con un aumento significativo en el riesgo de desarrollar displasia y CG, validando estos sistemas de puntuación para la evaluación del riesgo de CG y el diseño de programas de vigilancia endoscópica. El riesgo significativo observado en los estadios OLGA y OLGIM II sugieren la necesidad de incluir a estos pacientes en programas de vigilancia endoscópica.



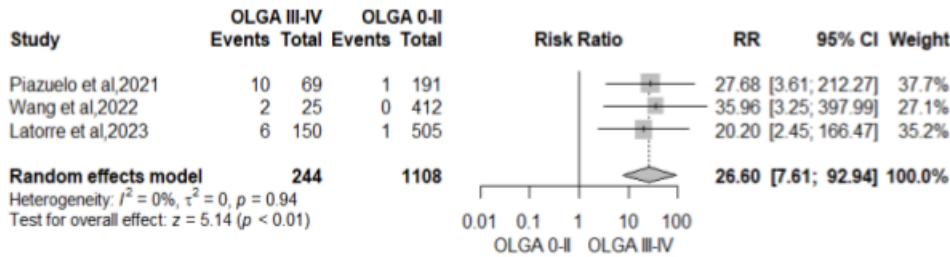
A



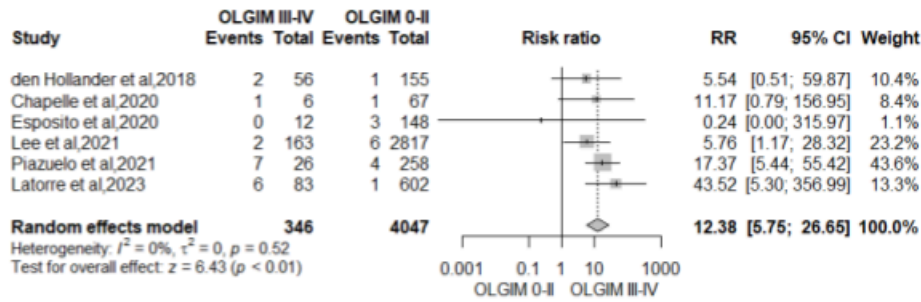
B



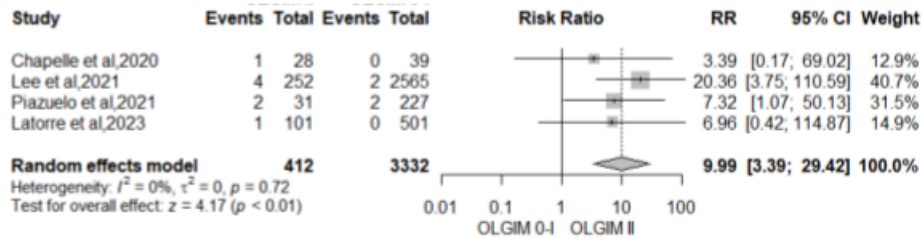
C



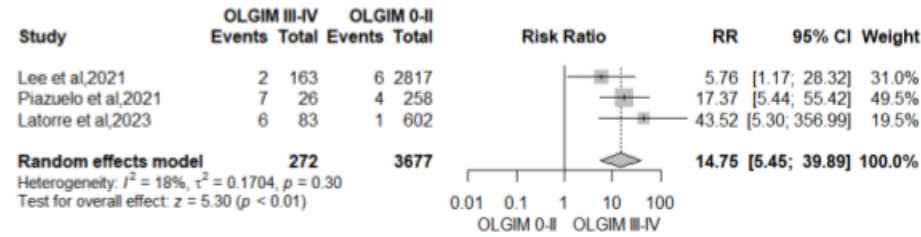
A



B



C



## #116 - PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA: UNA ENCUESTA A PROFESIONALES DE SALUD

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-116>

Catalina Farias Aqueveque<sup>1</sup>, Javier Picarte<sup>2</sup>, Constanza Robles<sup>3</sup>, Catalina Farias<sup>1</sup>, Elizabeth Arriagada<sup>1</sup>, Fernanda Matamala<sup>4</sup>, Roberto Santana<sup>3</sup>, Patrick Sadler<sup>4</sup>, Carla Neira<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Borja Arriarán, <sup>1</sup>Gastroenteróloga Hospital San Borja Arriarán (HCSBA), <sup>2</sup>Médico internista, Fellow endoscopia digestiva Servicio de Gastroenterología, HCSBA, <sup>3</sup>cirujía general, Fellow endoscopia digestiva Servicio de Gastroenterología, <sup>4</sup>Becada Gastroenterología Universidad de Chile Servicio de Gastroenterología, HCSBA.

**Introducción:** La calidad en endoscopia es importante para garantizar la seguridad y eficacia de los procedimientos endoscópicos. Sin embargo, existen variaciones en la percepción de calidad, conocimiento de los procesos y significado de un procedimiento de calidad entre profesionales de la salud, como además de variedad en la calidad de la evidencia científica. **Metodología:** Se confeccionó una encuesta que busca evaluar los conocimientos de procesos de calidad y percepción de esta en endoscopia entre profesionales de la salud encuestados. **Metodología:** Se diseñó una encuesta para evaluar la percepción de calidad en endoscopia entre profesionales de la salud: conocimiento de procesos, conocimiento de parámetros de calidad. La encuesta se distribuyó a 150 participantes. Se realizó la encuesta previo consentimiento informado y se resguardó la privacidad de los encuestados mediante código de acceso. **Resultados:** Se realizaron 150 encuestas digitales previo consentimiento, 53% mujeres (80) y 46.7% hombres (70), distribuidos entre: 103 médicos, 26 enfermeras, 10 técnicos y 11 administrativos. 67% (103) encuestados no realiza procedimientos endoscópicos. Del total de encuestados considera que las políticas de calidad más importantes son reducción de riesgos 85% y desarrollo de competencias 44%, valores estadísticamente similares entre estamento médico y enfermería. De la población encuestada 62% declara no conocer estándar de calidad para procedimientos endoscópicos, identificando como aspecto más relevante del proceso endoscópico: la preparación del examen 67% y entrega de información 26%, dando valores menores a la foto documentación y procesos de higiene durante el procedimiento. Al consultar en población sin conocimiento de estándares de calidad cuales identifica como importantes: endoscopista entrenado y plan de manejo de complicaciones, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estamento médico y enfermería. **Discusión:** Los estándares de calidad son múltiples procesos que permiten mejorar el rendimiento de nuestros procedimientos endoscópicos, identificando un bajo conocimiento de ellos en la población encuestada de los distintos estamentos, como también el nivel de perfeccionamiento, que impide hacer una evaluación adecuada de los procedimientos endoscópicos y sus resultados. Se hace necesario realizar instancias de formación adecuada que permitan mejorar la evaluación de un examen y sus procesos.



# #117 - TUBERCULOSIS LATENTE Y ACTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA ERA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-117>

Edith Paola Pérez de Arce Oñate<sup>1</sup>, Cristian Andrés Montenegro Urbina<sup>2</sup>, Javier Delgado<sup>2</sup>, Camila Angélica Maulen Llanca<sup>2</sup>, Camila Estay Hernández<sup>2</sup>, Daniela Simian Marín<sup>2</sup>, Rene Rojas Brain<sup>2</sup>, Isabel Lagos Villaseca<sup>2</sup>, Paulina Núñez Figueroa<sup>3</sup>, Andrea Urra Fuenzalida<sup>4</sup>, Luis Carlos Gil Larrota<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>3</sup>Hospital San Juan de Dios, <sup>4</sup>Clínica Las Condes.

El uso de anti-TNF e inmunomoduladores (IMM) para el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha asociado a mayor riesgo de Tuberculosis (TBC), lo que justifica su pesquisa activa. Durante los últimos años, la incidencia de TBC en nuestro país ha ido en aumento, principalmente en poblaciones de riesgo. No se disponen de datos locales sobre TBC latente (TBC-L) y activa (TBC-A) en pacientes con EII. **OBJETIVO:** Describir las características clínicas y evolución de los pacientes con EII que desarrollaron TBC-L y TBC-A antes o durante el tratamiento con anti-TNF. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, observacional retrospectivo de pacientes con EII y terapia anti-TNF en el Hospital Clínico Universidad de Chile, desde el registro REDCap®, desde diciembre/2021 a julio/2024. Se incluyeron pacientes con TBC-L y TBC-A durante el curso de la EII. En pacientes con TBC-L se evaluó tratamiento de la EII previo al diagnóstico, método diagnóstico, y esquema de tratamiento de TBC-L. En relación a las TBC-A se evaluó localización, tiempo de exposición al anti-TNF previo al diagnóstico, factores de riesgo de TBC, tratamiento recibido y evolución clínica. Se registraron RAM a terapia anti-TBC en todos los pacientes. Análisis estadístico: estadística descriptiva en base a porcentajes, promedios y rangos. **RESULTADOS:** De un total de 214 pacientes en terapia biológica se detectaron 11 casos (5.1%) de TBC-L: 8 hombres, edad promedio 53,2 años (Rango: 37-79), 6 pacientes con Colitis ulcerosa (CU) y 4 Enfermedad de Crohn (EC). El diagnóstico de TBC-L fue realizado por ELISPOT en 6, Quantiferon en 4 y PPD en 1 paciente. En 10 pacientes el diagnóstico fue realizado previo al inicio de anti-TNF y en 1, durante el tratamiento. Seis se encontraban con IMM al momento del diagnóstico. El esquema de tratamiento anti-TBC fue abreviado (3 meses) en 3 pacientes, de 6 meses en 4, y 9 meses en 4. Cinco iniciaron terapia biológica intra-tratamiento TBC con pase infectológico, logrando remisión clínica de la EII. Un paciente desarrolló posteriormente TBC-A ganglionar tras exposición a anti-TNF. TBC-A se presentó en 6 pacientes con terapia biológica (2.8%)(3 con EC, 3 con CU, 5 hombres, edad promedio: 42.6 años): 4 bajo infliximab, 1 con adalimumab, y 1 con golimumab. Cuatro pacientes tenían > 2 años de anti-TNF, y uno < 3 meses, este último de grupo de riesgo (privación de libertad). La TBC-A fue de localización ganglionar en 2 pacientes, pleural en 1, y diseminada y de curso grave en 3. Uno de ellos debutó con perforación intestinal. Reacciones adversas a tratamiento anti-TBC se presentaron en dos: hepatitis y reacción anafilactoide a Isoniacida. Sólo 2 pacientes reintrodujeron el anti-TNF post tratamiento TBC-A. No se registraron muertes. **CONCLUSIONES:** En nuestra serie, las frecuencias de TBC-L y TBC-A en pacientes con EII fueron más bajas que lo reportado en la literatura. Un screening negativo no descarta el desarrollo de TBC-A en pacientes EII bajo terapia inmunosupresora. El tamizaje y monitorización de la TBC es fundamental antes y durante la terapia con anti-TNF.

# #118 - SITUACIÓN DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA SÉPTIMA REGIÓN DE CHILE AÑOS 2021-2022 Y 2023

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-118>

Gustavo Alejandro Contreras Bruce<sup>1</sup>, Pía Belén González Sepúlveda<sup>2</sup>, Isidora Almendra Lavaud Toledo<sup>2</sup>, Matías Gustavo Fuentes Rosales<sup>3</sup>, Raffaella Andrea Bianchi Vergara<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional de Talca, <sup>2</sup>Hospital Regional de Talca, <sup>3</sup>Universidad Católica del Maule, <sup>4</sup>Universidad Católica del Maule.

**Introducción:** En la región del Maule las tasas de morbimortalidad por cáncer gástrico son una de las más altas del país. **Objetivos:** Identificar la situación clínica actual del adenocarcinoma gástrico en el Hospital de Talca como centro de referencia regional. **Materiales y Métodos.** Se realizó una revisión de fichas clínicas electrónicas del registro local de pacientes que ingresan a Hospital Regional de Talca con diagnóstico de cáncer gástrico desde enero del 2021 hasta diciembre del año 2023 seleccionando los que cuya biopsia resultó en adenocarcinoma. **Resultados:** Entre el año 2021 y 2023 ingresaron 274 pacientes con el diagnóstico de cáncer gástrico cuyo resultado de biopsia primario fue adenocarcinoma. 184 pacientes son de sexo masculino correspondiendo al 67,15 % de la población en estudio. Se determinaron distintos rangos de edad para la cuantificación siendo entre los 61 y los 80 años la edad de predominio con 181 pacientes igual a 66%. El sitio anatómico de tumor gástrico: subcardial 72 pacientes (26,2%), cuerpo 87 (31,7%), antro 85 (31,02%), ángulo 17 (6,2%) unión gastroesofágica 13 (4,7%). Estadificación clínica según AJCC ,etapas I 18,2%; etapa II 17,5%; etapa III 21,5% y etapa IV 43,06%. Un total de 120 pacientes en total fueron sometidos a cirugía de ellas gastrectomía total un 65% , gastrectomía subtotal 31,6% y disección submucosa un 3,33%. En total fallecieron 137 pacientes a los que se le realizó el diagnóstico en este periodo correspondiendo exactamente al 50% de la población estudiada. Se estableció un rango de meses de fallecimiento post diagnóstico de 0-6 meses 59,8% ,7-12 meses 20,4% ,13-18 meses 8,02%, 19-24 meses 4,37%, 25-30 meses 6,5% ,31-36 meses 0,7%. Pacientes apoyados con Quimioterapia 165 en total .38,78 % paliativa ,31,5 % neoadyuvante. 13,9% adyuvante. Neoadyuvancia+ paliativa 6,66%. Otro aspecto que se revisó fue los pacientes que se realizaron quimioterapia y cirugía en este periodo con un total de 85 pacientes donde hubo un predominio de gastrectomía total con quimioterapia de neoadyuvancia correspondiendo al 45,8%. El registro determina también la derivación a este centro desde otra institución fuera del sistema público (extrasistema) y del total de pacientes registrados 158 fueron derivados de otros centros correspondiendo al 57%. **Conclusión:** Este estudio ofrece una visión actual del cáncer gástrico en nuestra región del Maule, manteniendo la importancia más allá de los números de continuar con la prevención. Existe un alto porcentaje de mortalidad a los pocos meses de diagnosticado la mayoría con etapas muy avanzadas. Los pacientes de sexo masculino tienen una mayor frecuencia de enfermedad. La quimioterapia apoyada con cirugía permite un apoyo importante en el tratamiento.



# #119 - EXPERIENCIA CON LA TÉCNICA DE MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL (POEM) PARA MANEJO DE ACALASIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-119>

Alejandro Pedraza Mayorga<sup>1</sup>, Dominga Picó Varleta<sup>1</sup>, Dana Camhi Krausz<sup>1</sup>, Franco Weisser Vuskovic<sup>1</sup>, Alan Wiener Deutsch<sup>1</sup>, María Francisca Cabello Aleualli<sup>1</sup>, Ricardo Amaya Cortés<sup>2</sup>, Rodrigo Irrázaval del Campo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de los Andes, <sup>2</sup>Clínica Dávila Recoleta.

**Introducción:** La Acalasia es el trastorno de la motilidad esofágica más frecuente, con un máximo de incidencia entre los 30 y 60 años. Actualmente se recomiendan tres opciones terapéuticas de primera línea: dilatación neumática, miotomía quirúrgica de Heller y miotomía endoscópica peroral (POEM). Esta última, ha mostrado una tasa de éxito superior al 90% a los 7 años, siendo la técnica preferida para la Acalasia tipo III con tasas de respuesta superiores al 93%. Se presentan datos de procedimientos realizados en un centro de alta complejidad en Chile. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron todos los procedimientos de POEM realizados en Clínica Dávila Recoleta desde 2018. El equipo a cargo consistió en dos gastroenterólogos y un cirujano digestivo entrenado en POEM. Se identificaron características clínicas, tiempos de procedimiento y complicaciones a corto plazo. **Resultados:** Desde 2018, se han realizado 26 POEM, 18 en hombres (75%), con un promedio de edad de 37 años. Según el tipo de Acalasia, 8 pacientes tenían tipo II, 6 tipo III, 2 tipo I, y en 9 casos no se pudo determinar el tipo. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 24, con un rango de 17 a 32. El tiempo promedio del procedimiento fue de 67 minutos, con una mediana de 60 minutos. La longitud promedio del túnel fue de 14 cm, y la miotomía de 6.6 cm. En cuanto a complicaciones, un paciente presentó aspiración durante la intubación, requiriendo manejo en cuidados intensivos. Dos pacientes presentaron complicaciones postoperatorias: hemoperitoneo y neumoperitoneo, ambos con buena evolución. El 96% de los pacientes iniciaron alimentación en las primeras 24 horas sin complicaciones posteriores. No se obtuvo el registro de la escala de Eckardt. **Discusión:** El estudio muestra que el POEM es una opción segura y eficaz a corto plazo en el tratamiento de la acalasia, con complicaciones mínimas y buen perfil de seguridad. El tiempo de procedimiento y la longitud de la miotomía fueron consistentes con estándares internacionales, y el equipo especializado permitió manejar adecuadamente las complicaciones que surgieron. Sin embargo, la falta de registros de la escala de Eckardt impidió evaluar objetivamente la mejoría de los síntomas, lo que limita la interpretación de los resultados clínicos. Además, no se evaluaron los resultados a largo plazo, lo que es clave para valorar la durabilidad del éxito terapéutico, también se destaca la importancia de una mejor caracterización clínica del tipo de acalasia para optimizar el manejo. **Conclusión:** El POEM es un procedimiento seguro a corto plazo, sería relevante realizar estudios prospectivos a largo plazo para identificar factores asociados a complicaciones postoperatorias, así como su efectividad y seguridad en nuestra población.



# #120 - ESTRÉS, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: INDICADORES DE SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-120>

Andrea Valentina Pérez Quiroz<sup>1</sup>, Tamara Pérez Jeldres<sup>2</sup>, María Leonor Bustamante<sup>3</sup>, Marcelo Arancibia<sup>3</sup>, Ricardo Estela<sup>4</sup>, Manuel Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica, Instituto Chileno Japonés, <sup>3</sup>Programa de Genética Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad de Chile, C-ESTRES, Facultad de Ciencias, Universidad de Valparaíso, Fundación Diagnosis, <sup>4</sup>Instituto Chileno Japonés.

**Introducción.** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica y discapacitante que impacta negativamente la calidad de vida. Además de los objetivos terapéuticos tradicionales, como la respuesta clínica, endoscópica e histológica, se reconoce aún más la importancia de los Resultados Informados por los Pacientes (PROs) y los aspectos psicológicos y ambientales como indicadores de salud mental. La depresión y la ansiedad son comunes en la EII, ya que casi la mitad de los pacientes tendrá un diagnóstico durante su vida. **Objetivo:** Describir la proporción de sintomatología ansiosa y depresiva en una cohorte de pacientes chilenos con EII. **Métodos.** Se invitó a participar en este estudio a pacientes diagnosticados con EII según criterios clínicos, endoscópicos, histológicos e imagenológicos establecidos por guías internacionales, atendidos en un centro de referencia chileno para la EII. Se administraron los instrumentos Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), Cuestionario de Salud de Pacientes (PHQ-9), Escala de Malestar Psicológico K10 (Kessler), Escala de Estrés Percibido (PSS) e Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El estudio fue aprobado por el comité ético-científico del Servicio de Salud Metropolitano Central/HSBA (IRB:43/2022). **Resultados.** Un total de 205 pacientes, 148 con colitis ulcerosa (CU), 50 con enfermedad de Crohn (EC) y 7 con colitis no clasificada, participaron en este estudio, de los cuales el 63,9% (131/205) fueron mujeres. El 79,5% (163/205) respondió HADS, 67,8% (139/205) completaron PHQ-9, 16% (33/205) respondieron PSS, 58,5% (120/205) completaron Kessler y 16% (33/205) respondieron STAI. Según HADS, el 63,1% de los pacientes (103/163) presentó síntomas de ansiedad (definidos como "intermedia" o "severa"), mientras que el 39,8% (65/163) presentó síntomas de depresión (definidos como "intermedia" o "severa"). Esto concuerda con lo medido con PHQ-9 (32,3% de depresión "moderada", "severa" o "muy severa", 45/139) para los síntomas depresivos. El estrés percibido según PSS, fue reportado por el 27,2% (definidos como "a menudo" y "muy a menudo", 9/33) de los pacientes. El malestar psicológico según Kessler fue reportado por el 88,3% (definidos como "moderada", "alta" o "muy alta", 106/120) de los pacientes. Según STAI, el 81,8% de los pacientes reportaron alta respuesta ansiosa ("sobre el promedio" y "alto", 27/33), mientras que un 60,6% presentó alta predisposición ansiosa (definida "sobre el promedio" y "alto", 20/33). **Conclusión.** En nuestra cohorte, más del 60% de los pacientes mostró síntomas de ansiedad, superando el 30-40% reportado en la literatura, y casi un 40% presentó síntomas depresivos, en línea con otros estudios sobre EII. Además, el 82% de los encuestados informó malestar psicológico, el 20% percibió altos niveles de estrés en el último mes, y más del 60% mostró alta predisposición a la ansiedad, con una respuesta ansiosa elevada en más del 80% de los pacientes. Se requiere más estudio para explicar estas características en nuestra muestra. Debido a la naturaleza crónica y discapacitante de la EII, es fundamental un enfoque integral que considere tanto la salud mental como la depresión y ansiedad, y también investigar cómo influyen las interacciones cerebro-intestino en la salud intestinal y mental de los pacientes.



# #121 - UTILIDAD Y RENDIMIENTO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN PATOLOGÍA DEL INTESTINO DELGADO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-121>

Camila Fernanda Sepúlveda Cabrera<sup>1</sup>, Alex Fabián Arenas Aravena<sup>2</sup>, Sebastián Andrés Rodríguez Ponce<sup>2</sup>, Gustavo Adolfo Walsen Arangua<sup>2</sup>, Rodrigo Alejandro Carvajal Trujillo<sup>2</sup>, Jeannette Del Carmen Alarcón Olivares<sup>2</sup>, Solange Denise Troncoso Jeria<sup>2</sup>, Ana Belén Mirtha Salvo Carrasco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Sótero del Río, <sup>2</sup>Hospital Dr. Sótero del Río.

**Introducción:** La cápsula endoscópica (CE) es un método no invasivo que permite la evaluación completa del tubo digestivo, permitiendo así el estudio de la mucosa de intestino delgado (ID), segmento que no es explorado mediante endoscopia digestiva alta ni baja. Es bien tolerado, con bajos riesgos, entre ellos principalmente su retención, hasta en un 3%. **Objetivos:** Describir las principales indicaciones de uso de CE y su utilidad en pacientes con sospecha de patología de ID en un centro de atención terciaria en sector suroriente de Santiago, en el período comprendido entre diciembre de 2021 a marzo 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, donde se analizaron 40 fichas clínicas e informes de pacientes sometidos a estudio con VCE. **Resultados:** De los 40 procedimientos realizados, la edad promedio fue de 54.5 años (rango 16-78), dentro de los cuales 50% fueron mujeres y 50% fueron hombres. Respecto a su indicación, el 72.5% (29/40) fue por hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO): 47.5% (19/40) evidente o manifiesta y 25% (10/40) oculto. Otras indicaciones fueron diarrea crónica 10% (4/40), dolor abdominal 5% (2/40), sospecha de NET 5% (2/40), sospecha de Enfermedad de Behcet 2.5% (1/40), estudio preoperatorio de EC 2.5% (1/40), sospecha de enfermedad de Peutz Jehgers 2.5% (1/40). Hubo hallazgos relevantes en el 42.5% de los casos estudiados, entre estos se encuentran: hallazgos inflamatorios (erosiones, úlceras y gastroduodenopatía) 41.2% (7/17), angiodisplasia/lesiones de origen vascular 47% (8/17), hallazgos por hipertensión portal (angioectasias) 5.9% (1/17) y lesiones tumorales (hamartoma) 5.9% (1/17). Respecto al rendimiento diagnóstico para HDOO manifiesta fue 47% (9/19) y oculta 70% (7/10). Hubo un 2.5% (1/40) de los casos complicado con retención de la cápsula. Hubo 5 VCE que no lograron alcanzar el ciego. En una paciente no se logró captura. **Conclusión:** Se obtuvo hallazgos relevantes en un 42.5% de los casos, configurándose esta herramienta diagnóstica de gran utilidad en el estudio de patología del intestino delgado. Mientras que hubo complicaciones asociadas al procedimiento en un 2.5% dado por retención de la CE, resultado cercano a lo reportado en la literatura (3%). La hemorragia de origen oscuro ya sea evidente u oculto es la mayor indicación de estudio con VCE. Respecto al estudio donde no se lograron visualizar imágenes, se interpreta que fue secundario a telemetría ya que la paciente se encontraba en unidad de paciente crítico.



## #122 - ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE MICROTUBULE ASSOCIATED SCAFFOLD PROTEIN 1 EN CÁNCER GÁSTRICO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-122>

Paz Scarleth Henríquez Leiva<sup>1</sup>, Barbara Belén Castro Godoy<sup>1</sup>, Cassiel Margarita Silva García<sup>1</sup>, Daniela Valentina López Pérez<sup>1</sup>, Paula Florencia Valenzuela Avilés<sup>1</sup>, Alejandro Hernán Corvalán Rodríguez<sup>2</sup>, Patricia Alejandra García Muñoz<sup>2</sup>, Alejandra María Loreto Sandoval Borquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile.

Angiotensin-II type 2 receptor-interacting protein 3a (ATIP3a) es una isoforma del gen supresor de tumores MTUS1 (Microtubule-Associated Scaffold Protein 1). Esta proteína ha demostrado su capacidad para inhibir la migración, invasión y proliferación celular en varios tipos de cáncer, además de participar en el proceso de transición epitelio-mesenquimal (EMT). ATIP3a se asocia con la regulación de factores de EMT como E-Cadherina, SNAI1 (snail family transcriptional repressor 1) y ZEB1 (Zinc finger E-box binding homeobox 1), sugiriendo su potencial como diana terapéutica. En adición, ATIP3a presenta bajos niveles de expresión en distintos tejidos neoplásicos, lo que se asocia a menor supervivencia. En el caso del cáncer gástrico (CG), uno de los tipos de cáncer más prevalentes y mortales en Chile y el mundo, su papel no ha sido explorado. El objetivo general de este estudio fue evaluar los niveles de expresión de ATIP3a y de transcritos asociados al proceso de EMT en CG. Se utilizaron muestras de ARN de pacientes hispano-amerindios, obtenidas de tejidos tumorales gástricos (TT) y de tejidos adyacentes no tumorales (TA). Estas muestras fueron recolectadas de pacientes sometidos a gastrectomía en el Hospital Sótero del Río entre 2016 y 2017, con el debido consentimiento informado y la confirmación histológica de los diagnósticos. Para el análisis, se evaluaron los niveles de expresión de ATIP3a, SNAI1, E-Cadherina y ZEB1 mediante RT-qPCR. Las muestras fueron sometidas a comparación estadística utilizando las pruebas de Shapiro-Wilk y Mann Whitney, con el software GraphPad Prism 8. El análisis de supervivencia se llevó a cabo dividiendo las muestras en grupos de alta y baja expresión de ATIP3a, generando curvas de Kaplan-Meier para evaluar la relación con la supervivencia. Los hallazgos del estudio indican una disminución significativa en la expresión de ATIP3a en los TT comparado con los TA no tumorales. El análisis de supervivencia sugiere una tendencia hacia una mayor sobrevida en pacientes con niveles más altos de ATIP3a. En cuanto a los niveles de expresión de SNAI1, ZEB1 y E-Cadherina, se observó que ZEB1 estaba significativamente disminuido en las muestras de TT en comparación con las no tumorales, mientras que SNAI1 y E-Cadherina aumentaron en los TT, aunque sin mostrar diferencias significativas. Este estudio sugiere un rol potencial de ATIP3a como biomarcador en CG. La observación de la disminución de ZEB1 en TT, plantea nuevas preguntas sobre su función en este contexto. En conclusión, esta investigación proporciona una base para futuras exploraciones, sugiriendo también que ATIP3a podría ser un objetivo útil para estrategias terapéuticas. Se recomienda realizar estudios adicionales con cohortes más grandes y análisis in vitro para confirmar estos hallazgos y profundizar en las interacciones moleculares implicadas.

Agradecimientos: Proyecto SOCHED 2023-09, Conicyt-FONDAP 15130011/Fondap Apoyo 1523A0008 y Fondecyt 1231773.

## #123 - ENFERMEDAD MINERAL OSEA EN PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-123>

Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Ignacio Fuentes Minetto<sup>1</sup>, Felipe Silva Peña<sup>1</sup>, Gabriela Bofill Brito<sup>1</sup>, Francisca Martínez Venezian<sup>1</sup>, Miguel Bustamante Cartagena<sup>1</sup>, Nicole Lustig Franco<sup>1</sup>, Sara Maquilon Tamayo<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Domínguez<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, Arnoldo Riquelme Pérez<sup>1</sup>, Pablo Florenzano Valdes<sup>1</sup>, Gonzalo Latorre Selvat<sup>1</sup>, Pilar Alvarado Vázquez<sup>1</sup>, Josefina Dávila Wenk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PUC.

**Introducción:** La gastritis atrófica crónica (GAC) es una condición inflamatoria progresiva de la mucosa gástrica, causada principalmente por la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) y la gastritis autoinmune (GAI), caracterizada por atrofia debido a la pérdida de células glandulares gástricas. La atrofia de las células parietales conduce a hipoclorhidria o aclorhidria. A través de este mecanismo, la GAC puede ocasionar una absorción deficiente de calcio y vitamina D, lo que potencialmente puede llevar a una disminución de la densidad ósea (DDO). **Objetivo:** Comparar la frecuencia de la disminución en la densidad mineral ósea en pacientes con GAC en relación a pacientes sin GAC (OLGA estadio 0). **Métodos:** Estudio transversal de pacientes mayores de 65 años de edad o mayores de 55 años que presentan algún factor de riesgo para osteoporosis u osteopenia mediante disponibilidad de densitometría ósea (Absorciometría con rayos X de doble energía o DEXA) y con disponibilidad de endoscopia digestiva alta con biopsias gástricas por protocolo Sydney. Se definió un grupo de pacientes con GAC (Casos) y pacientes OLGA 0 (Controles). Paciente con GAI además presentaban anticuerpos anti-células parietales o anti-factor intrínseco positivos. El Outcome primario fue DDO evaluado como osteopenia (T-score  $-2.5$  a  $-1$ ) u osteoporosis (T-score  $< -2.5$ ). Se realizaron regresiones logísticas para el outcome primario entre los grupos de GAC (cualquier etiología) comparada con controles (grupo de referencia), ajustadas por variables de interés. **Resultados:** Se incluyeron 153 pacientes. 94 pacientes en el grupo GAC (96% mujeres; edad promedio 67,7 años), 44 de los cuales (47%) presentaban infección activa por Hp y 50 (53%) GAI. 59 pacientes presentaban un estadio OLGA 0 (grupo control) (95% mujer; edad promedio 68 años). La densidad mineral ósea, T-score y Z-score por grupo se describen en la Tabla 1. La regresión logística evidenció una mayor disminución de la densidad mineral ósea en pacientes mayores de 55 años con GAC v/s OLGA 0 (OR 2.05; 95% IC (1.01-4.16)). No se observaron diferencias significativas entre GAC por Hp o GAI. Los resultados de las regresiones logísticas se detallan en la tabla 2. **Conclusión:** La DBD fue más frecuente en los pacientes con GAC de cualquier origen. Estos resultados refuerzan la importancia de iniciar el tamizaje precoz y manejo de enfermedad mineral ósea en los pacientes con GAC con el fin de disminuir las potenciales complicaciones asociadas a una disminución en la masa ósea.

	Disminución de Densidad Ósea	Valor P
GAC, OR (CI95%)	2.05 (1.01-4.16)	<b>0.047</b>
Corticoides, OR (CI95%)	1.87 (0.41-8.47)	0.417
Edad, OR (CI95%)	1.02 (0.97-1.07)	0.526
Tabaquismo, OR (CI95%)	0.57 (0.21-1.54)	0.271
Alcohol, OR (CI95%)	2.27 (0.98-5.28)	0.560
Obesidad, OR (CI95%)	0.71 (0.17-2.88)	0.630
Uso de IBP, OR (CI95%)	0.67 (0.33-1.37)	0.271
TRH, OR (CI95%)	5.49 (1.40-21.51)	<b>0.015</b>
AR, OR (CI95%)	0.21 (0.37-1.23)	0.840

*Regresión logística con su respectivo IC95%. GAC: gastritis crónica atrófica; IC: Intervalo de confianza; TRH: Terapia de reemplazo hormonal; OR: odds ratio; IBP: Inhibidor de la bomba de protones; AR: Artritis Reumatoidea*

	Fractura Osteoporótica	Valor P
GAC, OR (CI95%)	2.61 (0.50-13.48)	0.253
Corticoides, OR (CI95%)	4.76 (0.84-26.79)	0.077
Edad, OR (CI95%)	1.06 (0.96-1.17)	0.227
Tabaquismo, OR (CI95%)	2.40 (0.46-12.54)	0.299
Alcohol, OR (CI95%)	1.21 (0.26-5.51)	0.807
Obesidad, OR (CI95%)	3.17 (0.30-34.09)	0.341
Uso de IBP, OR (CI95%)	1.07 (0.26-4.39)	0.922
TRH, OR (CI95%)	1.47 (0.24-9.07)	0.679
AR, OR (CI95%)	0.47 (0.03-6.42)	0.569

*Regresión logística con su respectivo IC95%. GAC: gastritis crónica atrófica; IC: Intervalo de confianza; TRH: Terapia de reemplazo hormonal; OR: odds ratio; IBP: Inhibidor de la bomba de protones; AR: Artritis Reumatoidea*

Tabla 2: a) Disminución de la densidad mineral ósea; b) fractura osteoporótica

	Casos		Controles	Valor P
	CAG por Hp n = 44	GAI n = 50	OLGA 0 n = 59	
Tabaquismo, n(%)	9(20)	8 (16)	10 (17)	0.84
Corticoides, n (%)	1 (2)	10 (20)	5 (9)	0.016
Alcohol, n (%)	16 (36)	17 (34)	15 (25)	<0.001
Obesidad, n (%)	2 (5)	4 (8)	4 (7)	0.79
Cirrosis, n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0.45
Uso de IBP, n (%)	16 (36)	27 (54)	27 (46)	0.23
TRH, n (%)	3 (7)	10 (20)	7 (12)	0.16
AR, n (%)	4 (9)	3 (6)	4 (7)	0.84
Fractura Osteoporótica, n (%)	2 (3)	6 (12)	2 (3)	0.16
Enfermedad celiaca, n (%)	1 (2)	3 (6)	0 (0)	0.15

*Hp: Helicobacter pylori; GAC: Gastritis crónica atrófica; GAI: Gastritis autoinmune; OLGA: Operative Link for Gastritis Assessment; IBP: Inhibidor de la bomba de protones; TRH: Terapia de remplazo hormonal; AR: Artritis Reumatoidea*

	Casos		Controles	Valor P
	CAG por Hp n = 44	GAI n = 50	OLGA 0 n = 59	
Edad, promedio (95% IC)	69 (67-72)	66 (64-68)	68 (66-70)	0.06
Mujer, n (%)	42 (95)	48 (96)	56 (95)	0.96
OLGA				
OLGA 0	0 (0)	0 (0)	59 (100)	<0.001
OLGA I-II	17 (39)	45 (90)	0 (0)	
OLGA III-IV	27 (61)	5 (10)	0 (0)	
Osteopenia, n (%)	36 (82)	45 (90)	42 (71)	0.046
Osteoporosis, n (%)	9 (20)	10 (20)	12 (20)	0.998
Disminución densidad ósea*, n (%)	28 (64)	32 (64)	27 (46)	0.09
<b>DEXA, mediana (RIQ)</b>				
Densidad mineral lumbar	1.012 (0.917-1.113)	1.036 (0.929-1.188)	1.041 (0.935-1.142)	0.61
T score lumbar	-1.45 (-2.25 to -0.65)	-1.05 (-2.1 to 0)	-1.1 (-2.1 to -0.5)	0.43
Z score lumbar	-0.2 (-0.85 to 0.6)	0.2 (-0.6 to 1.1)	-0.3 (-1 to 0.8)	0.23
Densidad mineral cadera	0.831 (0.762-0.873)	0.846 (0.800-0.889)	0.877 (0.797-0.932)	0.08
Cadera T score	-1.5 (-1.95 to -1.2)	-1.3 (-1.7 to -1.1)	-1.1 (-1.7 to -0.7)	0.046
Cadera Z score	-0.15 (-0.6 to 0.3)	0.1 (-0.4 to 0.5)	0 (-0.4 to 0.4)	0.35

*\*Outcome primario definido como la combinación de osteopenia u osteoporosis; Hp: Helicobacter pylori; GAC: Gastritis crónica atrófica; GAI: Gastritis autoinmune; OLGA: Operative Link for Gastritis Assessment; IC: Intervalo de Confianza; DEXA: Absorciometría con rayos X de doble energía; RIQ: Interquartile range.*

**Tabla 1.** Características clínicas y enfermedad mineral ósea en pacientes con y sin gastritis crónica atrófica.



# #124 - COMPARACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA HEPÁTICA POR ENDOSONOGRAFÍA VERSUS LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-123>

Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Sara Maquilon Tamayo<sup>1</sup>, Felipe Silva Peña<sup>1</sup>, Gabriela Bofill Brito<sup>1</sup>, Fernando Roman Ortega<sup>1</sup>, Alejandro Navarrete Silva<sup>2</sup>, Manuel Jaramillo Gonzalez<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas Dominguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PUC, <sup>2</sup>Hospital La Florida

**Introducción:** La biopsia hepática es el estándar de oro para el diagnóstico de diversas patologías hepáticas. Tradicionalmente, las biopsias hepáticas percutáneas (BHP) han sido ampliamente utilizadas; sin embargo, la endosonografía con aguja fina (EUS-BA) ha surgido como una alternativa menos invasiva y más guiada. Comparar ambos métodos en términos de tamaño del cilindro, adecuación de la muestra según criterios de la AASLD, valor diagnóstico, número de espacios porta y complicaciones, permite establecer cuál de estos procedimientos ofrece mejores resultados clínicos. **Objetivos:** Comparar la eficacia diagnóstica y seguridad de las biopsias hepáticas por endosonografía (EUS-BA) frente a las biopsias hepáticas percutáneas (BHP). **Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles de pacientes mayores de 18 años sometidos a EUS-BA y BHP en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre Agosto de 2023 y Agosto de 2024. Se recolectaron datos retrospectivos y prospectivos de ambos grupos, evaluando el tamaño de las muestras, su adecuación según los criterios de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), si fueron diagnósticas, el número de espacios porta obtenidos, las complicaciones relacionadas con cada técnica y si presentaron alguna complicación hasta los 30 días de seguimiento. Se realizó análisis estadístico utilizando el test Chi cuadrado para variables categóricas y Mann-Whitney para variables numéricas. **Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes en el grupo EUS-BA (80,7% mujeres, edad promedio de 56 años) y 100 pacientes en el grupo BHP (70% mujeres, edad promedio 49). Las características de ambos grupos se describen en la tabla 1. Las biopsias obtenidas mediante EUS-BA mostraron un tamaño promedio del mayor cilindro de 18,4 mm, mientras que las biopsias percutáneas alcanzaron un promedio de 16,2 mm (p=0,159). El número promedio de espacios porta fue superior en el grupo EUS BA (26,6 vs 12,8; p <0,001), al igual que el porcentaje de muestras adecuadas según los criterios de la AASLD (88,5% vs 25,4%; p <0,001). En cuanto a complicaciones, EUS-BA mostró una tasa menor de complicaciones (3,2%) en comparación con BHP (9,1%), siendo estas últimas de mayor gravedad y requiriendo un manejo intrahospitalario. **Conclusiones:** La EUS-BA es una técnica efectiva y segura para la obtención de biopsias hepáticas, ofreciendo resultados comparables a la BHP en términos de tamaño de la muestra, y superior en adecuación diagnóstica y número de espacios porta, con una menor tasa de complicaciones. Estos hallazgos sugieren que la EUS-BA podría considerarse una alternativa viable en la práctica clínica, especialmente en pacientes con mayor riesgo de complicaciones con la técnica percutánea.

Tabla 1: Características de ambos grupos y resumen de resultados

Características basales de los pacientes	EUS-BA (n=31)	BHP (n=100)	Valor p <sup>†</sup>
Edad, mediana [RIQ]	56 (39-64)	49 (38-60)	0.684
Mujer, n [%]	25 (80.7)	70 (70)	0.246
Indicación, n [%]			
MASLD	5 (16.1)	33 (42.3)	<0.001
HAI	15 (48.4)	15 (19.2)	
Rechazo Trasplante Hepático	7 (22.6)	4 (5.1)	
Alteración Pruebas Hepáticas	1 (3.2)	23 (29.5)	
CBP	3 (9.7)	2 (2.6)	
DILI	0 (0)	1 (1.3)	
<b>Eficacia de la técnica</b>			
Longitud del cilindro, mm [95%]	18.4 (15.6-21.2)	16.2 (14-18.4)	0.222
Espacios porta promedio, n [95%]	26.6 (21.3-31.8)	12.8 (11.3-14.4)	<0.001
Muestra adecuada, n [%]	23 (88.5)	17 (25.4)	<0.001
Muestra diagnóstica, n [%]	29 (96.7)	64 (91.4)	0.347
<b>Complicaciones</b>			
Total complicaciones, n [%]	1 (3.2)	3 (9.1)	0.333
Leves	1 (100)	1 (33.3)	-
Moderadas-severas	0 (0)	2 (66.7)	-
Readmisiones, n [%]	0 (0)	49 (62)	<0.001

<sup>†</sup> Chi cuadrado para variables categóricas y Mann-Whitney para variables numéricas .

\*RIQ: Rango intercuartil

## #126 - NEOPLASIAS QUÍSTICAS PANCREÁTICAS: RIESGO DE MALIGNIZACIÓN EN UNA COHORTE DE 901 PACIENTES. ANÁLISIS PRELIMINAR.

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-126>

Roberto Candia Balboa<sup>1</sup>, SARA MAQUILON TAMAYO<sup>1</sup>, Carlos Riquelme Pizarro<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas<sup>1</sup>, Camila Jure Bustamante<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>, Alejandro Navarrete<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Hospital Clínico La Florida

**Introducción:** Las neoplasias quísticas pancreáticas (NQP) son lesiones cada vez más frecuentes, con una prevalencia reportada entre 2.4% y 13.5%. Estas lesiones abarcan un espectro que va desde benignas hasta malignas, siendo algunas precursoras del cáncer de páncreas. Entre las NQP más comunes se encuentran las neoplasias mucinosas papilares intraductales (IPMN) y las neoplasias quísticas mucinosas (NQM), que presentan un riesgo significativo de progresión a adenocarcinoma pancreático. **Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con NQP, determinar la incidencia de malignización a cáncer de páncreas, e identificar posibles factores de riesgo asociados a esta progresión. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 901 pacientes diagnosticados con NQP en nuestro centro entre 2010 y 2024. Se recolectaron datos demográficos y características de las lesiones quísticas. Se utilizó la resonancia magnética de abdomen y la tomografía computada de abdomen como herramientas principales de diagnóstico y seguimiento. **Resultados:** De los 901 pacientes que presentaron quistes pancreáticos en este periodo, 614 (68.1%) eran mujeres, con una edad media de 63.8 años (rango 14-100 años). Del total de las NQP, 587 (65.1%) correspondían IPMN. Del total de pacientes, 33 pacientes (3.67%) desarrollaron cáncer de páncreas. De los pacientes con cáncer de páncreas, 13 pacientes eran mujeres (39.3%). La edad promedio de los pacientes fue de 68.3 (DE:12.8). En cuanto a las lesiones precursoras 25 (75.8%) pacientes presentaban IPMN. El tamaño de los quistes iba desde 7mm hasta 60 mm. De las características radiológicas uno presentaba nódulo mural (3.03%), 10 (30.3%) presentaban dilatación del conducto pancreático y 8 (24.2%) presentaban atrofia pancreática. **Conclusiones:** Este estudio confirma que las NQP representan un espectro de lesiones con potencial maligno variable. En este análisis preliminar la incidencia de cáncer de páncreas es de un 3.67%. Estos hallazgos resaltan la importancia de protocolos de seguimiento personalizados y la necesidad de estudios prospectivos para optimizar el manejo de pacientes con NQP.



## #127 - ERGONOMÍA EN ENDOSCOPIA – ENCUESTA A ENDOSCOPISTAS DE HOSPITAL CLÍNICO CHILENO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-127>

SARA MAQUILON TAMAYO<sup>1</sup>, José Ignacio Vargas<sup>1</sup>, Camila Jure Bustamante<sup>1</sup>, Javier Uribe Monasterio<sup>1</sup>, Roberto Candia Balboa<sup>1</sup>, Alberto Espino Espino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** La ergonomía endoscópica estudia la interacción del endoscopista con su entorno laboral, busca adaptar herramientas y acciones a sus características físicas y psicológicas. Las lesiones musculoesqueléticas (LME) son prevalentes en endoscopistas (39-89%), principalmente debido a movimientos repetitivos. Esta problemática se intensifica con procedimientos como la EUS, ERCP y la endoscopia de tercer espacio, que demandan más tiempo y uso de instrumentos. **Objetivos:** Evaluar la frecuencia de LME en endoscopistas de un centro chileno y las características (sexo, años de ejercicio profesional, localización, impacto en actividad laboral, actividad física, número de guantes) de estas. **Métodos:** Se realizó una encuesta vía electrónica a endoscopistas en ejercicio o formados en el Hospital Clínico UC Christus. La encuesta fue enviada a 62 endoscopistas (en formación o ya en ejercicio) vía correo electrónico. El consentimiento informado estaba implícito al realizar la encuesta. Se envió un recordatorio a los 5 días del primer envío por la misma vía. **Resultados:** Se obtuvieron 32 respuestas equivalentes a un 51.6% del total. De ellos 71.2% hombres y 28.1% mujeres con un promedio de edad de 40.5 años. 6 (18.8%) de ellos correspondían a residentes de gastroenterología, 2 (6.3%) fellows de endoscopia terapéutica y 2 endoscopistas terapéuticos (6.3%). Un 34.6% refirió lesiones musculoesqueléticas asociadas a su práctica profesional. En cuanto a la distribución por sexo un 44.4% de las mujeres presentaron LME y un 39.1% de los hombres. El promedio de guantes entre las mujeres fue de 6.8 y en hombres 7.4. Todos los endoscopistas terapéuticos y fellows presentaron LME. De estas la mayor parte se presentó durante la formación. Dentro de las lesiones más frecuentes fueron hombros (46.2%), muñecas (38.5%), pulgar izquierdo (23.1%), codos y columna dorsolumbar (ambos con un 15.4%). Un 53.9% requirió tratamiento farmacológico en relación a las LME. Un 46.2% requirió tratamientos adicionales kinésicos, consultas traumatológicas, osteopatía y/o masajes. Un 30.8% requirió modificar su actividad endoscópica en relación a sus LME y un 15.4% debió suspender transitoriamente su actividad. Ninguno requirió cirugía como manejo y un endoscopista tuvo licencia médica por más de 1 mes. Un 84.6% de los encuestados no realiza pausas entre procedimientos. Un 57.7% realiza jornadas completas de endoscopia. Un 21.9% no realiza actividad física, un 43.8% una o dos veces a la semana, un 25% tres a cuatro veces por semana y 9.4% más de 4 veces a la semana. Un 80.4% no recibió educación en ergonomía endoscópica y un 92.3% le gustaría recibir educación en ergonomía endoscópica. **Conclusiones:** La frecuencia de LME en un centro chileno es similar a lo reportado en la literatura al igual que los principales lugares afectados. En concordancia a lo reportado en estudios internacionales la mayoría no realiza pausa entre procedimientos y no ha recibido educación en ergonomía en su formación. Casi la totalidad de los encuestados quisiera recibir educación en ergonomía lo que impresiona es importante al inicio de la práctica endoscópica para prevenir y manejar LME. Son necesarios estudios multicéntricos para conocer la realidad de LME a nivel nacional.

