



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

Neurogastro I

Lun142

VALORES DE REFERENCIA DE PRESIÓN FARÍNGEA Y ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR A DIFERENTES VOLÚMENES Y VISCOSIDADES EN POBLACIÓN MEXICANA ADULTA ASINTOMÁTICA Y SIN FACTORES DE RIESGO PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA DETERMINADOS MEDIANTE MANOMETRÍA FARINGOESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

A. A. Solís-Ortega, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, I. G. Carranza-Mendoza, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La manometría faringoesofágica de alta resolución (F-MAR) con protocolo de volumen-viscosidad permite medir y analizar fenómenos de contracción y relajación durante la fase faríngea de la deglución. Se desconocen los valores de normalidad de presión de contracción y relajación faríngea y del esfínter esofágico superior (EES) en la población mexicana adulta.

Objetivos: Describir los valores de presión y relajación faríngeos y de EES en la población mexicana adulta, asintomática y sin factores de riesgo de DOF, además de determinar las diferencias entre sexos y evaluar la precisión de las mediciones de variables de presión-relajación faringoesofágicas.

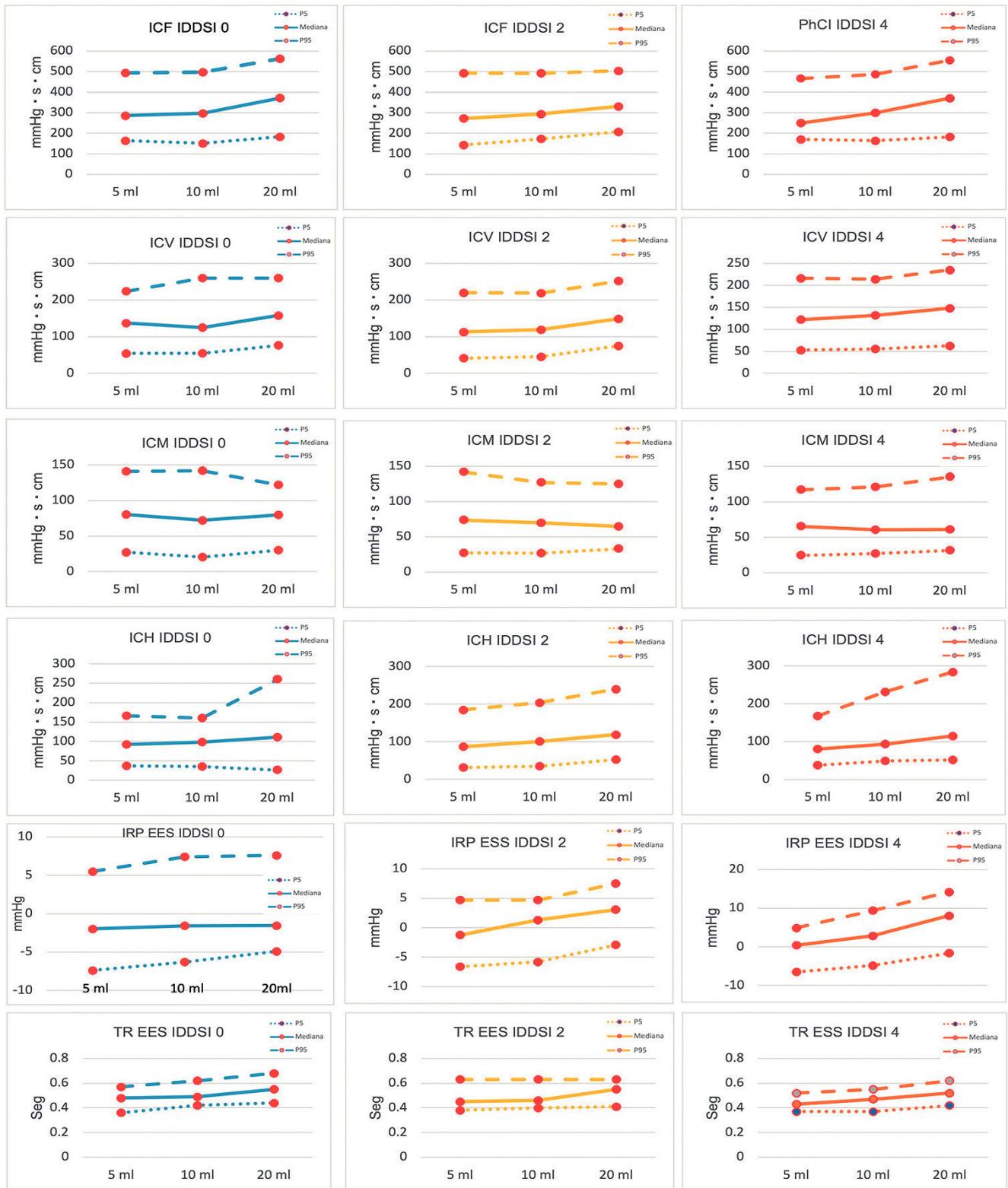
Material y métodos: Interrogatorio y aplicación del cuestionario *Eating Assesment Tool* (EAT-10) para tamizaje y factores de riesgo

de DOF, incluidos los voluntarios con < 3 puntos, sin factores de riesgo. Se usó catéter en estado sólido Medtronic de 36 sensores circunferenciales, software Manoview, para analizar 10 degluciones de 5 mL de líquido de acuerdo con el protocolo Chicago versión 4.0. Se administró el protocolo faringoesofágico por triplicado y de forma secuencial, tres volúmenes (5, 10 y 20 mL) y tres viscosidades a base de goma xantana con el método IDDSI (*International dysphagia diet standardisation initiative*) (líquida [IDDSI 0], néctar [IDDSI 2] y pudín [IDDSI 4]), y se analizó un total de 27 degluciones con el software *swallowgateway*. Se calcularon mediana y percentiles 5° a 95° de las siguientes métricas para cada volumen y viscosidad: a) integral de contracción faríngea (ICF), b) integral de contracción velofaríngea (ICV), c) integral de contracción mesofaríngea (ICM), d) integral de contracción hipofaríngea (ICH), e) integral de relajación de presión de EES (IRP-EES), f) tiempo de relajación de EES (TP-EES). Análisis estadístico: χ^2 para comparación de proporciones, U de Mann-Whitney para comparación de medianas entre sexos y Friedman para coeficiente de correlación intraclase con valoración de la precisión de las métricas.

Resultados: Participaron 27 voluntarios: 14 hombres y 13 mujeres con mediana de edad de 30 años (21,5-31,5; $p = 0,35$), IMC de 24,3 (22,9-26,1; $p = 0,51$), EAT-10, 0 puntos en 100%. Motilidad esofágica: normal en 20 (74,1%), motilidad esofágica inefectiva en 6 (22,2%; $p = 0,44$). Los valores de normalidad se representaron en gráficas (Fig. 1). No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos en métricas obtenidas para cada volumen y viscosidad ($p > 0,05$). CCI > 0,75 en todas las métricas para cada volumen y viscosidad.

Conclusiones: Es el primer estudio mexicano que establece valores de referencia de presión de contracción y relajación a nivel faríngeo y de EES mediante el uso de F-MAR con un protocolo estandarizado

Figura 1. Gráficas de valores de normalidad de variables faringoesofágicas determinados en tres volúmenes (5, 10 y 20 mL) y tres viscosidades (IDDSI 0 en azul, 2 en amarillo y 4 en naranja). La línea continua indica el valor de la mediana de cada volumen administrado; la línea discontinua superior indica el percentil 95°; y la línea punteada inferior el percentil 5°. ICF, integral de contracción faringea; ICV, integral de contracción velofaríngea; ICM, integral de contracción mesofaríngea; ICH, integral de contracción hipofaríngea; IRP-EES, integral de relajación de presión del esfínter esofágico superior; TR-EES, tiempo de relajación del esfínter esofágico superior. (Lun142)



de volumen y viscosidad, en adultos asintomáticos y sin factores de riesgo para DOF.

No se registraron diferencias entre sexos coetáneos en las métricas de presión y relajación faringoesofágicas a diferentes volúmenes y viscosidades. Hubo excelente concordancia en variables de presión-relajación faringoesofágicas para cada volumen y viscosidad, lo que sugiere que es suficiente un protocolo acortado de 9 degluciones para evaluar la fase faríngea mediante F-MAR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun143

¿PODRÍA LA LONGITUD ESOFÁGICA EXPLICAR LA INUSUAL COEXISTENCIA DE ACALASIA Y HERNIA HIATAL?

L. G. López-Mosqueda, E. Coss-Adame, J. Furuzawa-Carballeda, M. A. Valdovinos-Díaz, O. Santés-Jasso, M. M. Mendicuti-Carrillo, C. D. Romero-Osorio, G. M. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La incidencia de hernia hiatal (HH) en acalasia es significativamente menor que en la población general. La evidencia sugiere que un esófago más corto en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se relaciona con la HH. En pacientes con acalasia hay dilatación, pero también alargamiento del esófago, y en ocasiones puede formarse un esófago sigmoideo. La mayor longitud esofágica (LE) en pacientes con acalasia podría ser la razón de la menor incidencia de HH en esta población.

Objetivos: Determinar la prevalencia de HH en pacientes con acalasia; comparar la LE en pacientes con ERGE, acalasia y voluntarios sanos; medir la LE obtenida de la manometría con relación con la talla del paciente (MELH); y determinar si hay diferencias en los síntomas entre los pacientes con y sin HH.

Material y métodos: Este estudio retrospectivo y transversal incluyó a 87 pacientes con acalasia no sometidos antes a cirugía, 22 con

ERGE y 30 voluntarios sanos. Se realizaron manometría de alta resolución (MAR), trago de bario y endoscopia digestiva alta para diagnosticar HH. Los síntomas se evaluaron con los cuestionarios de Eckardt, EAT-10 y GERD-HRQL. La LE se midió con MAR. También se calculó la relación MELH.

Resultados: La prevalencia de HH en pacientes con ERGE respecto de la acalasia fue del 73% contra 3%. Los pacientes con acalasia tenían un esófago más largo y una relación MELH más alta que los pacientes con ERGE y los voluntarios sanos ($p < 0,001$). Los individuos con ERGE tenían una relación MELH más baja que los voluntarios sanos ($p < 0,05$). Las puntuaciones de EAT-10 ($p < 0,0001$) y Eckardt ($p < 0,05$) fueron más altas en los enfermos con acalasia sin HH en comparación con los que tenían HH (Fig. 1).

Conclusiones: La prevalencia de HH en la acalasia es significativamente menor que en la ERGE. La LE mayor y la relación MELH más alta en la acalasia podrían explicar la menor prevalencia de HH. Éste es el primer estudio en vincular la mayor longitud esofágica medida por MAR con la baja incidencia de HH en acalasia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

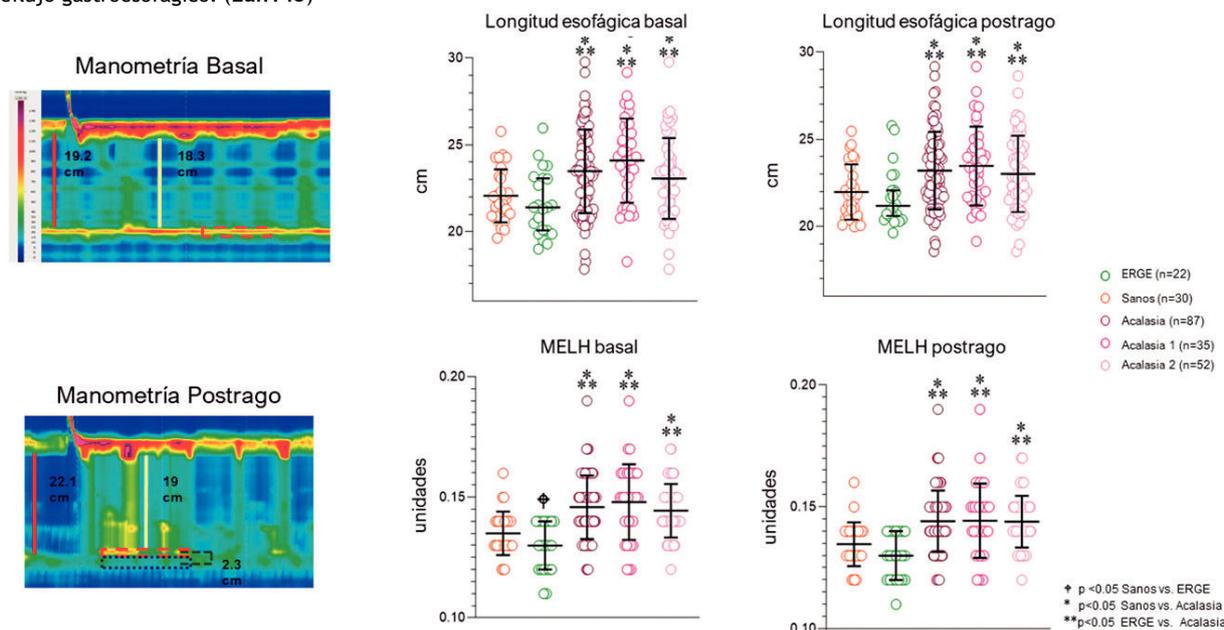
Lun144

DETERMINANTES DEL ÉXITO CLÍNICO EN PACIENTES CON ACALASIA POSOPERADOS DE MIOTOMÍA DE HELLER CON FUNDUPLICATURA

I. G. Carranza-Mendoza, A. A. Solís-Ortega, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, J. Furuzawa-Carballeda, G. M. Torres-Villalobos, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico poco frecuente con diferentes modalidades de tratamiento (farmacológicos, endoscópicos o quirúrgicos). La escala de Eckardt sirve para evaluar los síntomas anteriores a un tratamiento y se considera éxito clínico una puntuación ≤ 3 . El esofagograma de bario cronometrado (EBC),

Figura 1. Longitud esofágica e índice MELH en pacientes con o sin hernia hiatal. Mitad izquierda: manometrías esofágicas. Mitad derecha: cuadrante superior izquierdo: longitud esofágica basal; cuadrante superior derecho: longitud esofágica postrago; cuadrante inferior izquierdo: índice MELH basal; y cuadrante inferior derecho: índice MELH postrago. Los resultados se expresan como media \pm DE. ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico. (Lun143)



con medición de la columna de bario a los 5 minutos, y la integral de relajación de presión del esfínter esofágico inferior (IRP-EEI) se consideran variables objetivas de respuesta posterior al procedimiento quirúrgico; sin embargo, en la actualidad existe controversia sobre la correlación clínico-radiográfica y clínico-manométrica después del tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Evaluar las relaciones entre los valores de IRP-EEI y el esofagograma cronometrado con la puntuación de Eckardt para determinar si se vinculan con la mejoría o persistencia de los síntomas luego de la miotomía de Heller con funduplicatura parcial.

Materia y métodos: Estudio retrospectivo realizado de 17 expedientes de pacientes con acalasia que se trataron por medios quirúrgicos con miotomía de Heller y funduplicatura parcial entre el periodo de marzo de 2017 y marzo de 2022. Análisis estadístico: χ^2 para comparación de proporciones de mejoría sintomática medida con Eckardt e IRP-EEI posquirúrgicos y regresión logística mediante coeficiente de correlación de Spearman para el cambio prequirúrgico y posquirúrgico de la altura de bario a los 5 min medido en centímetros y Eckardt posquirúrgico. En ambos análisis se consideró una $p < 0,05$ como estadística significativa. El programa utilizado fue JAMOV versión 2.3.

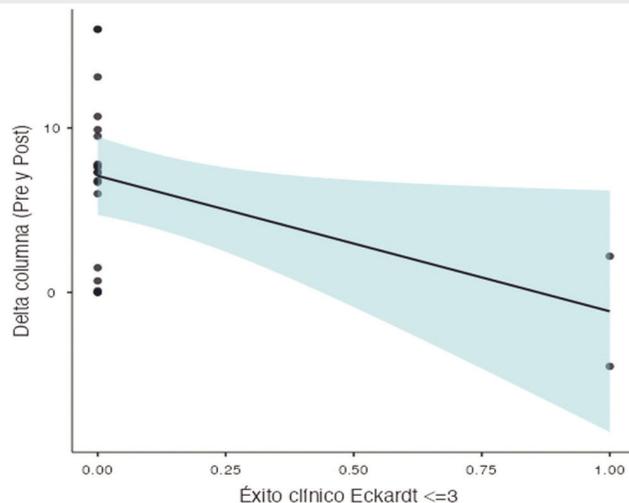
Resultados: Un total de 15 pacientes (88%) con IRP-EEI < 12 mmHg tuvo puntuación de Eckardt ≤ 3 en el posquirúrgico, 1 (6%) con IRP-EEI ≥ 12 mmHg tuvo Eckardt ≤ 3 y 1 (6%) con IRP-EEI ≥ 12 mmHg tuvo Eckardt > 3 ($p = 0,005$) (Fig. 1). La mediana del delta de columna prequirúrgica y posquirúrgica fue de 7,3 (1,85-9,7). La rho de Spearman entre la mediana del delta de columna y el éxito clínico fue de -0,37 con $p = 0,09$ (Fig. 1).

Conclusiones: Un IRP < 12 mmHg posterior a cirugía se vinculó con una puntuación de Eckardt ≤ 3 . El cambio en la columna de bario en el prequirúrgico y posquirúrgico tuvo una correlación negativa (a mayor diferencia en descenso de columna de bario, menor puntuación de Eckardt), pero no se relacionó de manera estadísticamente

Figura 1. Relación del IRP posquirúrgico y el Eckardt. Correlación de la columna de bario prequirúrgica y posquirúrgica y el Eckardt. (Lun144)

IRP	Eckardt <3	Eckardt >3	Total
<12 mmHg	15 (88%)	0 (0%)	15 (88%)
>12 mmHg	1 (6%)	1 (6%)	2 (12%)
Total	16 (94%)	1 (6%)	17 (100%)

$p=0.005$



Rho de Spearman -0.375
 $p=0.094$

significativa con éxito clínico (Eckardt ≤ 3), lo cual podría explicarse por el pequeño tamaño de la muestra.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun145

EL CONSUMO DE EDULCORANTES NO CALÓRICOS EN EL EMBARAZO SE ASOCIA CON CAMBIOS EN LA MICROBIOTA DEL CALOSTRO MATERNO

M. Esquivel-Velázquez, J. García-Mena, A. Piña-Escobedo, J. M. Vélez-Ixta, A. Tapia-González, N. Bueno-Hernández, G. Escobedo, K. de León-Barrera, J. C. Briones-Garduño, Banco de Leche Humana del Hospital General de México, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La obesidad infantil es un problema de salud en aumento. El consumo de edulcorantes no calóricos (ENC) durante el embarazo se ha relacionado con un mayor índice de masa corporal en el infante al año de edad y cambios en su microbiota intestinal. La leche materna contiene una microbiota propia que es crucial para el establecimiento de la microbiota intestinal del lactante. El origen de esta microbiota puede explicarse en parte por la capacidad demostrada que tiene la microbiota intestinal de la madre para llegar a la leche a través de la vía enteromamaria. Diversos protocolos clínicos han demostrado que los ENC pueden modificar la microbiota intestinal. Además, estas alteraciones de la microbiota intestinal debidas al consumo de ENC se relacionan directamente con alteraciones en el control de la glucosa en sangre en modelos murinos y humanos. No se ha evaluado si su consumo puede alterar la composición de la microbiota de la leche materna.

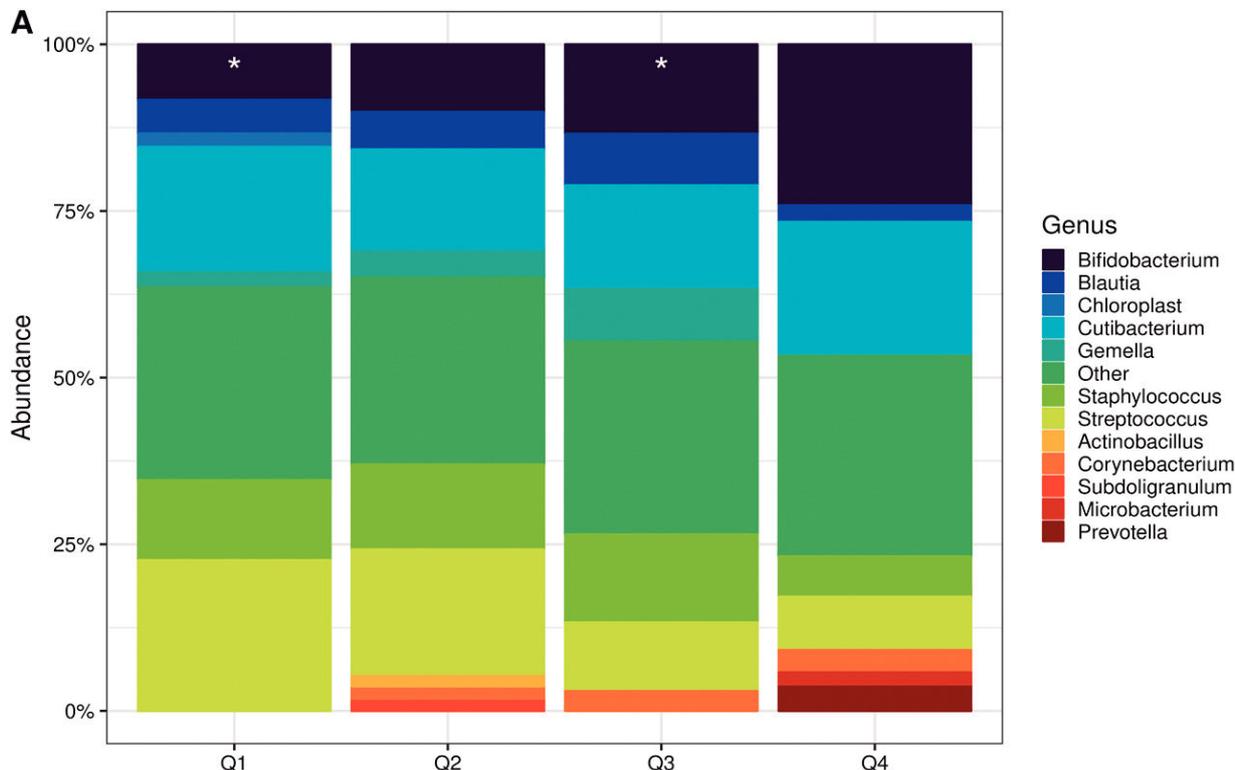
Objetivo: Determinar los cambios en la microbiota del calostro vinculados con el consumo de ENC durante el embarazo

Materia y métodos: Éste fue un estudio transversal que incluyó a 82 mujeres sanas de 18 a 40 años que dieron a luz a un recién nacido vivo y sano en el Hospital General de México. Se evaluaron la dieta y el consumo de ENC de las madres mediante cuestionarios validados y se clasificó a las mujeres en cuartiles (Q1, Q2, Q3 y Q4) de acuerdo con la frecuencia de consumo de alimentos con ENC. Se obtuvo DNA de las muestras de calostro y se estudió la diversidad bacteriana mediante secuenciación de alto rendimiento de las bibliotecas de V3-16S rRNA con la tecnología Ion-Torrent. Se determinó la distribución de las variables y se compararon entre los grupos mediante ANOVA o Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyó en el estudio a 82 mujeres, con una edad promedio de 24 ± 5 años, de las que el 95,5% provino de la Ciudad de México y la zona metropolitana. Las mujeres se dividieron en cuartiles con base en la frecuencia de consumo de alimentos con ENC, de tal manera que se integran cuatro grupos: Q1 (< 4 veces/sem, $n = 16$), Q2 ($4 < 8$ veces/sem, $n = 25$), Q3 ($8 < 16,5$ veces/sem, $n = 20$) y Q4 ($\geq 16,5$ veces/sem, $n = 21$). No hubo diferencias entre los grupos en edad, IMC, composición corporal, edad gestacional o peso y talla del recién nacido. Tampoco se observaron diferencias en los macronutrientes y micronutrientes de la dieta. No se identificaron cambios en la abundancia relativa de reino y filo entre los cuatro grupos en la microbiota del calostro. En cuanto al género, se identificó que *Bifidobacterium* aumentó a medida que se elevó la frecuencia de consumo de ENC, y fue estadísticamente mayor en el grupo Q3 que en Q1. Asimismo, *Staphylococcus* fue significativamente mayor en Q1 respecto de Q2 y menor en Q2 en comparación con Q3 y Q4. *Methanobrevibacter* fue menor en Q1 contra Q2 y Q3, mientras que *Streptococcus* fue menor en Q1 y Q2 respecto de Q4 (Fig. 1).

Conclusiones: El consumo de ENC durante el embarazo se vinculó con cambios en géneros específicos de la microbiota del calostro.

Figura 1. Gráficas de barras apiladas que representan la composición de la microbiota del calostro en relación con el género. El eje Y indica la abundancia relativa del género, el eje X muestra los grupos (cuartiles) de frecuencia de consumo de ENC y los colores resaltan el género. Se agregaron asteriscos para representar las diferencias estadísticamente significativas encontradas en *Bifidobacterium*, entre los grupos Q1 y Q3 según la prueba de Kruskal-Wallis. (Lun145)



En especial, la arquea *Methanobrevibacter*, cuyo aumento se ha relacionado con un mayor riesgo de obesidad y enfermedades cardiovasculares, aumentó su abundancia relativa en el calostro con el consumo de ENC. Se ha demostrado que este microorganismo en el calostro y la leche materna tiene un papel esencial en la siembra de ésta en el intestino del infante. Se desconoce si los cambios encontrados en la abundancia relativa de *Methanobrevibacter* se traducen en cambios en su abundancia en la microbiota de los lactantes, así como si estos cambios se relacionarían con un mayor riesgo de sobrepeso u obesidad más adelante en la vida.

Financiamiento: Este proyecto recibió financiamiento de CONACYT, FOSISS número SALUD-2018-02-A3-S-39439 otorgado al autor MEV.

Lun146

HALLAZGOS MANOMÉTRICOS EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA Y ENDOSCOPIA NEGATIVA

D. Aguirre-Villarreal, J. Arenas-Martínez, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, D. I. Carmona-Guerrero, I. Carranza-Mendoza, A. A. Solís-Ortega, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La disfagia esofágica se define como una sensación de dificultad en el paso del alimento, casi siempre localizada en la región esternal inferior o la región epigástrica. La endoscopia superior debe ser el estudio inicial en el abordaje. En los pacientes en los que el estudio es negativo, está indicada una manometría esofágica de alta resolución (MAR) para descartar un trastorno motor que explique el síntoma. En los casos en los que no se identifica alguna causa es-

tructural o motora puede establecerse un diagnóstico de disfagia funcional. Hoy en día se desconoce la prevalencia de trastornos motores mayores en pacientes con disfagia de acuerdo con los lineamientos de Chicago 4.0 en pacientes sin alguna causa estructural, así como la prevalencia de disfagia funcional en esta población.

Objetivo: Describir la prevalencia de trastornos motores de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0 en pacientes con disfagia esofágica y una endoscopia superior negativa, e identificar la prevalencia de disfagia funcional en esta población.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el INCMNSZ. Se seleccionó de manera retrospectiva a todos los pacientes en tratamiento de disfagia esofágica con una endoscopia negativa y que contaran con una MAR entre 2017 y 2022. Se registraron datos demográficos, clínicos, endoscópicos y manométricos, así como de pH-metría en aquellos en los que estuviera disponible. Los datos se expresaron como frecuencias y porcentajes.

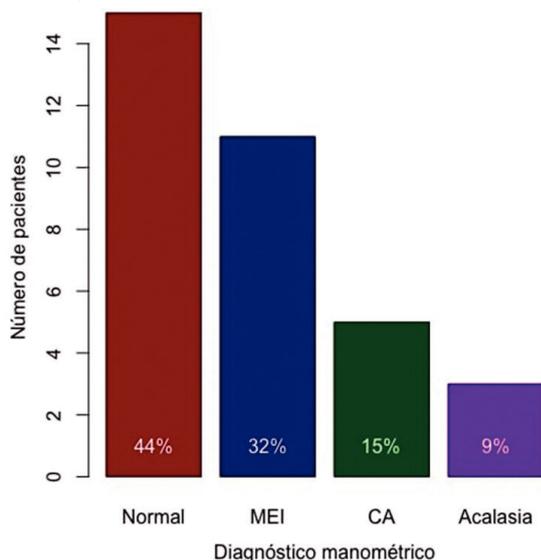
Resultados: Se identificó a 105 pacientes con disfagia esofágica y una endoscopia negativa, de los cuales sólo el 32,3% (n = 34) contaba con una MAR. De los 34 pacientes con ambos estudios, el 74% correspondió a mujeres (n = 25), la media de edad fue de $55 \pm 16,2$ años y la media de IMC de $24,9 \pm 4,22$ kg/m². El síntoma acompañante más frecuente fue pirosis en 44,1%, seguido por dolor torácico en 38,2%. El 52,9% de las EGD se realizó mientras el paciente tomaba inhibidores de la bomba de protones y sólo al 11,8% se le tomó biopsia de la mucosa esofágica. El 44% de los pacientes reveló un patrón de peristalsis normal (n = 15). El 32% tenía motilidad esofágica inefectiva (n = 11). En el 24% se reconoció algún trastorno motor mayor: 15% con contractilidad ausente (n = 5) y 9% con acalasia (n = 3) (Fig. 1). Sólo en el 42,3% (n = 11) de los pacientes sin trastorno motor mayor se completó el abordaje con pH-metría con impedancia de 24 horas; de éstos, el 90,9% (n = 10) tuvo exposición

normal al ácido y 27,3% (n = 3) una biopsia de la mucosa esofágica (todas sin hallazgos patológicos); por lo tanto, sólo en 0,88% se estableció el diagnóstico de disfunción funcional.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con disfunción esofágica y una endoscopia negativa no satisface los criterios para un trastorno mayor de la motilidad de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0. El abordaje de disfunción en ausencia de lesión estructural no está sistematizado y se requiere mayor sensibilización para llegar a la conclusión diagnóstica adecuada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Diagnósticos manométricos en pacientes con disfunción y una endoscopia normal. (Lun146)



Lun147

TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS, PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS IDENTIFICADOS MEDIANTE CONSULTA PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA BRINDADA A PACIENTES CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

D. F. Abendaño-Rivera, E. Hernández-Labra, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, P. Diego-Salazar, D. B. Lorenzo-Valle, P. K. Anzures-Gómez, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGF) afectan a una proporción considerable de personas y hasta dos tercios de ellas experimentan síntomas crónicos y variables en intensidad. El eje intestino-cerebro es la base de una relación bidireccional en la cual los síntomas gastrointestinales influyen en el estado psicosocial, y viceversa. Casi el 90% de la serotonina se produce en las células enterocromafines de la mucosa intestinal y se ha demostrado que causa distensión abdominal, náusea o vómito. La evaluación y la intervención psicológica deben formar parte del tratamiento integral y multidisciplinario en estos pacientes.

Objetivo: Describir los principales hallazgos y resultados de la intervención psicológica como parte de la atención integral de pacientes con TGF.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico de TGF de acuerdo con los criterios de Roma IV, y que aceptaron acudir a consulta especializada de psicología como parte integral de su tratamiento, en el periodo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y psicológicos de los expedientes de pacientes; las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se realizaron comparaciones mediante t de Student, U de Mann-Whitney, χ^2 o prueba exacta de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 44 pacientes, 37 (84,1%) mujeres, con media de edad de 49 ± 13 años. El TGF más común fue el síndrome de intestino irritable en 29 casos (65,9%), seguido de dispepsia funcional en 9 (20,5%) y pirosis funcional en 6 (13,6%). En el 100% de los pacientes se identificó al menos un trastorno psicoafectivo, psicológico o psiquiátrico. La psicoterapia fue la intervención más aplicada (26, 59,1%) y sólo 12 (27,3%) recibieron amitriptilina, la cual no tuvo efecto en la mejoría de los síntomas (8/12 [66,7%] vs. 22/32 [68,7%]; $p = NS$), si se toma en cuenta que la muestra fue muy pequeña. Hasta 30 (68,2%) individuos señalaron mejoría de su estado de salud general y síntomas gastrointestinales; la mejoría se relacionó con un mayor número de sesiones psicológicas (3 [2-4] vs. 1 [1-2]; $p < 0,0001$), pero la edad no influyó ($p = NS$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Principales características de los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales evaluados. (Lun147)

Trastornos psicoafectivos, psicológicos y psiquiátricos identificados	
Trastorno de adaptación	44 (100%)
Trastorno mixto de depresión y ansiedad	14 (31,8%)
Trastorno de ansiedad generalizada	12 (27,3%)
Disfunción vegetativa somatotrofa	7 (15,9%)
Trastorno depresivo leve	5 (11,4%)
Trastorno depresivo moderado	4 (9,1%)
Distimia	3 (6,8%)
Trastorno obsesivo compulsivo	3 (6,8%)
Esquizofrenia paranoide	2 (4,5%)
Intervenciones psicológicas	
Número de sesiones, mediana (intervalo)	2 (1-5)
Psicoterapia	26 (59,1%)
Contención psicológica	16 (36,4%)
Intervención en crisis	17 (38,6%)
Estrategias psicofisiológicas	7 (15,9%)
Intervención tanatológica	2 (4,5%)
Interconsulta/referencia a psiquiatría	2 (4,5%)
Terapia familiar	1 (2,3%)

Conclusiones: Las comorbilidades psicoafectivas, psicológicas e incluso psiquiátricas son muy frecuentes y ampliamente diversas en pacientes con TGF. Es importante en estos pacientes el tratamiento multidisciplinario que incluya diferentes intervenciones psicológicas adaptadas a sus necesidades específicas.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.