



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 19 de noviembre de 2018

Popurrí digestivo

Lun148

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DIVERTICULAR EN PACIENTES CON USO DE ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, ESTATINAS, ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Y ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

E. Ruiz-Ballesteros, L. F. De Giau-Triulzi, E. Suárez-Morán, A. García-Menéndez, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español de México

Introducción: La relación entre la hemorragia diverticular y el consumo de diversos medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis baja (100 mg), antiagregantes plaquetarios y anticoagulación oral (ACO) no se ha estudiado bien. El uso de estos fármacos es muy común en la práctica clínica por las distintas comorbilidades que presenta esta población.

Objetivo: Investigar la posible relación entre el consumo de AINE, AAS, antiagregantes plaquetarios y ACO con la hemorragia diverticular.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, con revisión de 1 406 (38.6%) pacientes diagnosticados con enfermedad diverticular por colonoscopia de un total de 3 635 colonoscopias efectuadas entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de agosto de 2017 en el Hospital Español de México. Un total de 1 144 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. La población tenía una edad media de 72±12 años, con 532 pacientes del sexo masculino (47%). En esta población se revisó el consumo de fármacos y la relación con la presencia de hemorragia diverticular. Se realizó un

análisis estadístico con media±desviación estándar, mediana y frecuencias absolutas y relativas, y se compararon los grupos con la prueba t de Student o prueba exacta de Fisher. Las variables con significado estadístico se analizaron con regresión logística y se realizó un modelo de regresión logística bivariado y multivariado por medio del programa Stata SE, versión 12.0.

Resultados: De los 1 144 pacientes incluidos, 294 (26%) se estudiaron por hemorragia del tubo digestivo bajo (HTDB), 232 (20%) habían tenido un efecto previo de hemorragia y 51 (5%) más de dos efectos previos de hemorragia; durante el periodo de estudio, 475 (42%) presentó recurrencia de la hemorragia. Hasta 451 (39%) pacientes presentaban hipertensión arterial sistémica y 725 (63%) alguna enfermedad cardiovascular, por lo cual 141 (12%) pacientes tomaban algún anticoagulante oral (warfarina, acenocumarol, apixabán, dabigatrán o rivaroxabán), 116 (10%) algún antiagregante plaquetario (clopidogrel o clopidogrel + ácido acetilsalicílico de 100 mg), 321 (28%) consumían AAS de 100 mg, 291 (26%) AINE (diclofenaco, ketorolaco, meloxicam, piroxicam, inLunetacina, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno, dexketoprofeno, entre otros), 139 (12%) consumo de ambos, AAS + AINE y 215 (19%) pacientes consumían estatinas. En el análisis bivariado, el consumo de antiagregantes plaquetarios (RR=2.29; IC95% 1.68 a 3.13, p<0.001), uso de estatinas (RR= 1.68; IC95% 1.28 a 2.21, p<0.001), uso de AAS (RR=1.93; IC95% 1.51 a 2.47, p<0.001) y consumo de ambos, AINE + ASA (RR=1.80; IC95% 1.32 a 2.44, p<0.001) fueron predictores de riesgo estadísticamente significativos para presentar hemorragia de origen diverticular en estos pacientes.

Conclusiones: El consumo de fármacos como anticoagulantes orales, antiagregantes plaquetarios, AAS de 100 mg y estatinas elevan el riesgo de hemorragia de origen diverticular en pacientes con diverticulosis conocida. En este estudio, el uso tan sólo de AINE no mostró ser un factor de riesgo estadísticamente significativo para la presencia de hemorragia diverticular.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun149

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TERAPIA TRIPLE VS TERAPIA CONCOMITANTE PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS QUE RESIDE EN EL ÁREA RURAL DE HONDURAS

S. Portillo-Ramírez, J. Suazo-Barahona, I. Hernández-Portillo, J. Chinchilla-Portillo, A. Lezama-Portillo, S. Portillo-Chinchilla, Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital Del Valle

Introducción: La efectividad en la erradicación de *H. pylori* ha decrecido en los últimos años, en particular por el desarrollo de resistencias bacterianas. La resistencia informada a la claritromicina alcanza 30% a 50% y al metronidazol hasta 50%. En Honduras, un estudio realizado siete años antes notificó un porcentaje de erradicación alto en pacientes que recibieron tratamiento triple convencional, diferente a lo observado en otros países. En un estudio previo se demostró que, en la actualidad, en el área urbana del Norte (San Pedro Sula), la erradicación con dicho esquema fue de sólo 63%. El tratamiento concomitante por 14 días ha mostrado superioridad en la efectividad de la erradicación.

Objetivo: Comparar la efectividad y tolerabilidad del tratamiento concomitante con el tratamiento triple en una población rural mayor de 20 años en el Occidente de Honduras.

Material y Métodos: Este estudio se realizó en el sector de La Encarnación Ocotepeque en el Occidente de Honduras del 29 de marzo al 10 de junio del 2018. Se incluyó a pacientes mayores de 20 años, a quienes se les realizó prueba de aliento (PA) con ¹⁴C y que tuvieron un resultado positivo. Se excluyó a pacientes que habían recibido erradicación para *H. pylori*, con comorbilidades, multimedicación, embarazo y lactancia, alergia a medicamentos, gastrectomía, riesgo de embarazo y consentimiento informado no firmado. Tipo de estudio: de cohorte, transversal y aleatorizado comparativo. Los pacientes se aleatorizaron para recibir erradicación con uno de dos esquemas: grupo A (n=53), tratamiento triple estándar con esomeprazol (40 mg), claritromicina (500 mg) y amoxicilina (1 g), tomados dos veces al día por 14 días; y grupo B (n=49), tratamiento concomitante con omeprazol (20 mg), claritromicina (500 mg), amoxicilina (1 g), tomados dos veces al día y además metronidazol (400 mg) tres veces al día, todo por 14 días. Los pacientes acudieron a realizarse PA ocho semanas después de haber finalizado el tratamiento para confirmar erradicación.

Resultados: La edad promedio fue de 40 años, con 63% del género femenino. Cinco de ellos abandonaron el tratamiento y 95% acudió a confirmar la erradicación. El 28% indicó haber estado expuesto al uso de antibióticos de uno a seis meses antes de su participación en el estudio, especialmente con amoxicilina (100%) y metronidazol (21%). Se erradicaron el 88% de infectados en el grupo A y 87% en el grupo B (p=NS). El porcentaje de erradicación por área geográfica fue superior para ambos tratamientos en la zona montañosa respecto del pueblo (90%vs86% grupo A y 96%vs81% grupo B, respectivamente) (p=NS). No hubo diferencias en la tolerancia del grupo A (70%) en comparación con el grupo B (84%). El 8% de los pacientes del grupo B y el 4% del grupo A abandonaron el tratamiento por efectos indeseables (p=NS). El 7% de los pacientes desarrolló diarrea.

Conclusiones: Ambos tratamientos fueron efectivos, lo que indica que agregar metronidazol en la población rural hondureña resulta innecesario. Según estos resultados, los pacientes que residen en áreas más montañosas presentan erradicaciones por arriba del 90%. Ambas formas fueron bien toleradas, pero paradójicamente hubo

tendencia a ser mejor tolerado el tratamiento concomitante (a pesar del metronidazol). Tales hallazgos podrían orientar a continuar utilizando el tratamiento triple en el área rural de Honduras por ser una población aún no expuesta al uso irrestricto de antibióticos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun150

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN GASTROENTERÓLOGOS, ENDOSCOPISTAS Y CIRUJANOS DEL APARATO DIGESTIVO: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN MÉXICO

O. Aguilar-Nájera, F. I. Téllez-Ávila, L. E. Zamora-Nava, G. Grajales-Figueroa, M. A. Valdovinos-Díaz, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un problema ocupacional multidimensional que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. La prevalencia en médicos del SDP se ha incrementado en los últimos años. De acuerdo con datos estadounidenses, la prevalencia de SDP en gastroenterólogos oscila entre 38% y 49%. El SDP tiene implicaciones adversas en la atención al paciente y en la calidad de vida del médico, por lo que su identificación es necesaria. El inventario Maslach se considera la norma en la evaluación e identificación del SDP. No existen estadísticas en México acerca del SDP.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de SDP en especialistas en gastroenterología, endoscopia y cirugía en México.

Material y Métodos: Se aplicó una encuesta electrónica por invitación de tres apartados a endoscopistas, gastroenterólogos y cirujanos del aparato digestivo registrados como miembros de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. El primer apartado de la encuesta recopiló variables sociodemográficas, el segundo apartado consistió en la aplicación del inventario Maslach para SDP y el tercer apartado en la evaluación de potenciales factores relacionados con el SDP. Se definió SDP como un puntaje positivo en alguno de los tres apartados del inventario de Maslach.

Resultados: Se enviaron 1 192 invitaciones y se recibieron 291 respuestas (24.41%). De los encuestados, 44% era de gastroenterólogos, 16.8% de endoscopistas, 23.7% de cirujanos, 7.6% de residentes de gastroenterología y 4.8% de residentes de endoscopia. La prevalencia global de SDP fue de 27.5% (80/291). No hubo diferencia en la prevalencia de SDP por grupo de médicos encuestados (p=0.47). Residir en una megalópolis, realizar estudios endoscópicos, no contar con respaldo ante complicaciones, recibir reprimendas frecuentes, realizar trabajo no correspondiente con sus obligaciones y sentirse víctima de acoso o violencia laboral fueron factores relacionados con un mayor riesgo de padecer SDP. El tipo de procedimientos endoscópicos, el tipo de unidad médica de ejercicio profesional, las actividades fuera del horario laboral y los antecedentes de complicaciones graves no se vincularon con una mayor prevalencia de SDP. Los médicos con SDP señalaron haber sentido la necesidad de renunciar a su trabajo en mayor número que los pacientes sin SDP.

Conclusiones: El SDP es una entidad frecuente en gastroenterólogos, endoscopistas y cirujanos del aparato digestivo en México. Existen factores relacionados con el SDP potencialmente modificables y cuyo tratamiento podría mejorar la práctica de la gastroenterología. Se requieren estudios prospectivos que exploren las causas y consecuencias del SDP en este grupo de especialistas.

Financiamiento: Ninguno.

Lun151

COSTOS Y BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE ES- CRUTINIO ORGANIZADO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN MÉXICO

K. L. Ramírez-Cervantes, R. Landy, M. S. Gillman, S. Duffy, J. A. Rivera-Márquez, V. Gallo, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa más frecuente de cáncer en hombres y la tercera en mujeres a nivel global. En el 2015 fue la primera causa de muerte oncológica en el mundo, con 774 000 muertes. En México, el CCR representó el 5.8% de todos los casos nuevos de cáncer del 2012, con una incidencia calculada de 4 656 casos. Además, produjo 2 528 muertes, lo que representó el 6.8% de todos los fallecimientos por padecimiento oncológicos en este país en ese año, y se posicionó como la cuarta causa de muerte en hombres y la quinta en mujeres. En México no existe un programa oficial para la detección temprana del cáncer colorrectal (CCR) y se desconoce su posible efecto económico.

Objetivo: Analizar los costos y beneficios relacionados con la aplicación de un programa de escrutinio organizado de CCR en México.

Material y Métodos: Se construyó un modelo de microsimulación con base en la evolución natural del CCR en este país y se determinaron los casos de CCR que se detectarían si se siguiera a una cohorte de 1 millón de sujetos a partir de los 50 años hasta los 69,

bajo tres escenarios hipotéticos: 1) sin un programa de escrutinio; 2) bajo un programa anual; y 3) bajo un programa bianual. Se combinaron los estadios A/B y C/D de la clasificación de Dukes y se consideraron los estados de: sano; adenoma; CCR AB preclínico; CCR AB clínico; CCR CD preclínico; y CCR CD clínico. Para correr el modelo y simular un programa de escrutinio organizado se utilizaron los resultados del modelo en ausencia de escrutinio, así como las estadísticas disponibles en México. Se tomó en cuenta el primer estudio piloto sobre tamizaje de CCR en México realizado por Gálvez-Ríos y colaboradores (SNG 2016), el cual logró identificar 1 caso de CCR en 751 individuos con una edad promedio de 57 años y se compararon con los resultados del modelo. Los costos directos se basaron en los costos del Instituto Mexicano del Seguro Social y los indirectos se ajustaron a un análisis económico nacional del cáncer.

Resultados: Cuando se compararon los estadios del CCR que se diagnosticarían en cada uno de los escenarios simulados, se demostró que la aplicación de un programa de escrutinio organizado anual o bianual prevendría alrededor de 1 700 casos de CCR en estadios avanzados (C/D) por cada millón de sujetos, durante un periodo de 19 años (2 670 - 933 = 1 737 y 2 670 - 993 = 1 667), lo que significaría una posible reducción del cáncer avanzado del 65% y 63%, respectivamente. Al comparar los programas anual y bianual se encontró que el número de casos y la distribución del CCR por estadios serían similares en ambos escenarios. Sin embargo, los costos del escrutinio anual serían de 2 959 millones de pesos más que los costos del tamizaje bianual (Tabla 1). Por último, el análisis de los costos indirectos demostró que la aplicación de los programas de escrutinio

Tabla 1. Relación costo-beneficio

Costos y beneficios del cáncer colorrectal durante un periodo de 19 años bajo los escenarios modelados				
	Costo unitario	Ausencia de escrutinio	Escrutinio anual	Escrutinio bianual
Costos directos				
-Costos del escrutinio				
PIF	300.00	NA	6 000 000 000	3 000 000 000
Consulta general	361.00	39 065 803	65 998 205	70 867 077
Consulta de especialidad	564.00	61 033 553	80 426 400	86 359 680
Colonoscopia	2 144.00	232 014 075	305 734 400	328 289 280
Polipectomía	1 231.00	49 954 989	65 827 725	70 684 020
Estudio de histología	584.00	23 699 199	31 229 400	33 533 280
Total		405 767 619	6 549 216 130	3 589 733 337
Ahorro		N/A	-6 143 448 510.95	-3 183 965 717.74
-Tratamiento				
Estadios A y B		109 426 142	137 677 660	146 317 162
Estadios C y D		194 779 974	82 746 709	90 807 008
Total		304 206 117	220 424 369	237 124 170
Ahorro		N/A	83 781 747.95	67 081 946.95
Costos directos totales		709 973 736	6 769 640 499	3 826 857 507
Costos indirectos totales (PIMP, BCP, PPD, COC)		427 868 644 400	331 526 128 513	355 983 736 310
Ahorro en el costo indirecto		N/A	96 342 515 888	71 884 908 090
Beneficios netos		N/A	90 282 849 125	68 768 024 319

Nota: PIF, prueba de inmunohistoquímica fecal; N/A, aplica; PIMP, pérdidas de ingresos por muerte prematura; BCP, beneficios a corto plazo; PPD, pensiones por discapacidad; COC, costo de oportunidad del cuidador.

podrían producir un ahorro de 90 282 a 68 768 millones de pesos en un periodo de 19 años, según sea el intervalo de tamizaje empleado.

Conclusiones: Éste es el primer estudio que analiza los costos y beneficios relacionados con la aplicación de un programa de escrutinio organizado para la detección temprana del CCR en México. Es también la primera vez que se utiliza un MMS para evaluar el efecto de este tipo de programas a largo plazo. En consecuencia, un programa de escrutinio organizado de CCR podría tener un efecto positivo en México.

Financiamiento: Beca para Estudiante en el Extranjero CONACYT 2016.

Lun152

COSTO HOSPITALARIO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO DE PACIENTES CIRRÓTICOS DESCOMPENSADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DE PACHUCA, HIDALGO

R. Contreras-Omaña, S. Téllez-Jaén, M. Lugo-Medina, Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología

Introducción: Hasta el momento se desconoce el costo real del tratamiento hospitalario de las principales causas que generan reingreso en los pacientes con cirrosis hepática descompensada.

Objetivo: Determinar el costo hospitalario que generan las principales causas de reingreso de pacientes cirróticos descompensados en el Hospital General de Zona número 1 de Pachuca, Hidalgo.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrolectivo, transversal y descriptivo, realizado en el HGZMF No.1, IMSS, Pachuca, Hidalgo, de enero de 2012 a agosto de 2014; se determinaron las principales causas de reingreso de pacientes con cirrosis hepática descompensada, y el costo que generan, con base en la tabla de costos unitarios para la atención a no derechohabientes del IMSS 2018, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*.

Resultados: Se encontró a 77 pacientes cirróticos descompensados que reingresaron a esta unidad, 20 de ellos con Child-Pugh A, 33 con Child-Pugh B y 24 con Child-Pugh C; las principales causas de reingreso fueron encefalopatía hepática (EH) en 32 pacientes, hemorragia variceal en 24, ascitis en 15, infecciones e ictericia en 3 cada una; con un promedio de hospitalización de siete días para EH e ictericia y cinco días para hemorragia variceal, infecciones y ascitis. Con posterioridad se realizó el cálculo de costos, con un total de 4 176 694 de pesos, divididos como sigue: EH, 1 997 820; hemorragia variceal, 835 210; ictericia, 544 860; ascitis, 399 402; infecciones, 399 402, con costo día/paciente/padecimiento promedio para EH de 60 540, ictericia de 60 540, hemorragia variceal de 49 130, ascitis de 44 378 e infecciones de 44 378.

Conclusiones: En ausencia de estudio previo en su tipo, éste expone las causas de reingreso de pacientes con cirrosis descompensadas y el efecto económico de éstas a la población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.