



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

Neurogastroenterología I

Mar348

ERUCTOS SUPRAGÁSTRICOS: CARACTERIZACIÓN EPI- DEMIOLÓGICA, CLÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON LA EN- FERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

M. Esesarte-Rodríguez, J. Zúñiga-Cisneros, A. L. Ordóñez-Vázquez, J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los eructos son fenómenos frecuentes que, al tornarse excesivos (EE), suelen ser molestos o desencadenar síntomas típicos de reflujo. La variedad conocida como eructos supragástricos (ESG) es una entidad en la que se describen fenómenos fisiopatológicos conductuales y, en fecha reciente, se reconocen como un mecanismo de producción de episodios de reflujo ácido, que tienen escasa respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, dado que son excesivos (ESGe). Existe un subgrupo de pacientes con eructos cuyo exceso puede pasar inadvertido y, por lo tanto, los ESGe pueden encontrarse en una población con ERGE sin queja de EE. Se requieren estudios para poder determinar si los EE identificados en la pH-metría con impedancia de 24 h (pH-IIM 24 h) deben considerarse un objetivo terapéutico, sobre todo en pacientes con síntomas típicos de ERGE.

Objetivo: Definir si los EE identificados en la pH-metría con impedancia de 24 h (pH-IIM 24 h) deben considerarse un objetivo terapéutico adicional en pacientes con ERGE valorados por pirosis y regurgitación.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se revisaron expedientes y registros de pH-IIM 24 h de pacientes con síntomas de ERGE en un centro de tercer nivel. Se identificaron los ESGe y los eructos gástricos (EG) y se

definieron como excesivos aquellos con 30 episodios, además de considerar la relación con el tiempo de exposición al ácido (TEA%) y los episodios de reflujo. Se compararon las características entre pacientes con EE y pH-IIM 24h positiva o negativa. Análisis estadístico: las variables se resumieron con medianas, frecuencias y porcentajes. Se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y exacta de Fisher para comparar las variables entre los dos grupos.

Resultados: Hasta 50 pacientes fueron objeto de pH-IIM 24 h para diagnosticar ERGE entre octubre de 2023 y mayo de 2024, con 76% de mujeres y una edad promedio de 58 años (IQR, 24-33), 66% con sobrepeso y 38% con obesidad, y 80% con comorbilidades (24% psiquiátricas). Del total de la población estudiada, el TEA% > 6 se presentó en el 48% (24); el 56% (24) tuvo ESGe y 12% (6) EGe. No hubo diferencias en el TEA% en pacientes con ESGe (IQR, 4,15 [1,25, 6,55]) respecto de ESGne (IQR, 4,3 [0,5-10,43]), $p = 0,611$. En cuanto a los episodios de reflujo, los pacientes con ESGe (IQR, 72 [49,5-116,3]) registraron un mayor número de episodios que los pacientes con ESGne (no excesivos) (IQR, 59 [28,0-96,3]), $p = 0,314$. En los pacientes con EGe, el número de reflujo es > 80 (IQR, 70,7-95,2) en comparación con EGne (IQR, 62,5 [35-116,3] sin diferencias significativas ($p = 0,263$). Se identificó a 3 (6%) pacientes con ESGe y EGe concomitantes. La integral contráctil de la unión gastroesofágica (UEG-IC) fue menor en pacientes con ESGe (IQR, 67,1: 29 vs. 120) respecto de los pacientes con ESGne (IQR, 117,9 [55,8-190]), $p = 0,090$. El resto de resultados se describe en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los EG y ESG son frecuentes en pacientes con ERGE. No se relacionan con un incremento de la exposición al ácido o los episodios de reflujo. La incidencia de eructos en pacientes evaluados por ERGE no representa un problema clínico que exija una intervención terapéutica, en comparación con los pacientes evaluados por queja de EE.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características manométricas y por pH-metría con impedancia de 24 horas entre pacientes con eructos supragástricos y gástricos. (Mar348)						
Variable	Eructo supragástrico			Eructo gástrico		
	Excesivo (n = 28)	No excesivo (n = 22)	p	Excesivo (n = 6)	No excesivo (n = 44)	p
ERGE-pH (n = 50)						
No	18,0 (64,3%)	15 (68,2%)	0,773	3,0 (50,0%)	30,0 (68,8%)	0,378
Sí	10,0 (35,7%)	7,0 (31,8%)		3,0 (50,0%)	14,0 (31,2%)	
IMNB (Ohm)	1 985 (1 487, 3 078)	1 691 (1 338, 3 447)	0,577	2 045 (1 510, 2 625)	1 905 (1 342, 3 270)	0,823
TEA (%)	4,15 (1,25, 6,55)	4,30 (0,5, 10,43)	0,611	7,05 (2,9, 10,4)	4,2 (0,9, 6,5)	0,420
Episodios de reflujo (pH)	72,0 (49,5, 116,3)	59,0 (28,0, 96,3)	0,314	80,0 (70,7, 95,2)	62,5 (35,0, 116,3)	0,263
Episodios por impedancia	40,5 (25,3, 60,5)	46,5 (9,3, 68,8)	0,740	47,0 (42,3, 51,0)	39,5 (18,0, 65,0)	0,464
Reflujo proximal	7,0 (1,0, 14,0)	5,0 (1,0, 13,5)	0,937	11,5 (5,3, 17,0)	5,5 (0,8, 13,3)	0,400
Reflujo distal	31,5 (21,0, 45,0)	30,5 (8,0, 44,5)	0,463	32,0 (27,8, 40,7)	30,0 (14,3, 45,0)	0,550
Reflujo ácido	21,0 (1,0, 45,0)	17,5 (2,5, 49,25)	0,776	47,5 (22,8, 55,0)	19,5 (1,0, 41,5)	0,281
Reflujo débilmente ácido y no ácido	9,0 (2,5, 19,5)	15,5 (0,3, 36,3)	0,443	1,5 (0,0, 19,5)	10,0 (2,5, 23,0)	0,266

Mar349

EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

I. Hurtado-Díaz de León, E. Coss-Adame, H. N. Tadeo-Espinoza, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La pH-metría esofágica consiste en el registro continuo del pH en el esófago distal para diagnosticar enfermedad por reflujo gastroesofágico. El objetivo principal es establecer el tiempo de exposición esofágica al reflujo ácido (pH < 4,0). Un criterio diagnóstico aceptado para ERGE es un tiempo total de exposición al ácido > 6%. Sin embargo, los umbrales para las métricas de la pH-metría se han basado en estudios pequeños con criterios inconsistentes y cierta evidencia revela diferencias significativas de dichos puntos de corte entre diferentes regiones. La obesidad se vincula con la prevalencia de ERGE y sus complicaciones, como esofagitis, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico. Algunos estudios muestran que el tiempo de exposición al ácido esofágico se modifica con medidas antropométricas, incluidos el IMC y la circunferencia de cintura. México, con alta prevalencia de obesidad, no ha realizado estudios que evalúen la correlación entre el tiempo de exposición en la pH-metría y el IMC.

Objetivo: Evaluar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y el tiempo de exposición al ácido en pacientes sometidos a pH-metría en el Instituto Nacional de Nutrición del año 2015 al 2023.

Material y métodos: Tipo de estudio: transversal. Se incluyó a los pacientes en quienes se realizó una pH-metría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición del año 2015 a 2023. Análisis estadístico: correlación de Spearman para evaluar la vinculación entre el IMC y el tiempo de exposición al ácido, y el número de episodios de reflujo ácido. Se consideró una correlación sólida si el coeficiente se hallaba entre 0,70 y 1,00 (o -0,70 y -1,00), moderada entre 0,50 y 0,69 (o -0,50 y -0,69), débil entre 0,30 y 0,49 (o -0,30 y -0,49), y muy débil si era < 0,30 (o > -0,30). Modelos de regresión lineal: se usaron como variables dependientes el número de episodios de reflujo ácido o el tiempo de exposición al ácido y como variable independiente el IMC. Se consideró una relación estadísticamente significativa un valor de p < 0,05.

Resultados: Número total de pacientes: 1 393. Sexo: 429 hombres (30,9%) y 961 mujeres (69,1%). Edad media: 50,99 años (DE, 14,43). IMC medio: 26,44 (DE, 4,75). Relación entre IMC y tiempo de exposición al ácido: la regresión lineal registró una relación positiva significativa entre el IMC y el porcentaje de tiempo con pH < 4,0 (B = 0,11; IC95%, 0,05-0,17; p < 0,001). La correlación de Spearman también fue significativa. Hombres: relación positiva significativa (B = 0,18; IC95%, 0,06-0,31; p = 0,004). Mujeres: relación positiva significativa (B = 0,09; IC95%, 0,02-0,15; p = 0,010). Relación entre IMC y número de episodios de reflujo: relación positiva significativa (B = 1,2; IC95%, 0,58-1,9; p < 0,001). Hombres: relación significativa (B = 2,6; IC95%, 1,2-3,9; p < 0,001). Mujeres: relación significativa (B = 0,79; IC95%, 0,07-1,5; p = 0,033).

Conclusiones: Este estudio demuestra una relación significativa entre el IMC

y el tiempo de exposición al ácido esofágico, así como el número de episodios de reflujo ácido. Los resultados refuerzan la hipótesis de que un IMC elevado se correlaciona con una mayor exposición al ácido esofágico, lo que favorece el desarrollo y el empeoramiento de la ERGE. Además, sugiere que los puntos de corte utilizados para el diagnóstico de ERGE deben quizá ajustarse en función del IMC de los pacientes para reflejar mejor las variaciones individuales y regionales.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar350

FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE QUE INCREMENTAN EL TIEMPO DE ADQUISICIÓN DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

A. L. Ordóñez-Vázquez, A. Fuentes-Montalvo, M. Esesarte-Rodríguez, J. Zúñiga-Cisneros, J. S. Arenas-Martínez, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La manometría esofágica de alta resolución (MAR) se utiliza en la evaluación de pacientes con ERGE y sospecha de trastornos motores del esófago. Su tiempo promedio de realización es de 15 minutos y se considera un procedimiento seguro. Pocos estudios han evaluado los factores vinculados con la tolerancia al procedimiento, los cuales podrían ser de utilidad para implementar estrategias que aumenten la comodidad del paciente y evitar estudios prolongados o de baja calidad en la adquisición de datos.

Objetivo: Describir los factores relacionados con el paciente respecto de un tiempo prolongado en la obtención de un topograma de presión esofágica de calidad mediante MAR.

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes mayores de 18 años referidos al laboratorio de motilidad para realizar MAR por síntomas esofágicos. En un formato estandarizado se registraron datos demográficos, clínicos y vinculados con la obtención del topograma de MAR; se cuantificó el tiempo de interrupción de adquisición de datos de alta calidad por tragos espontáneos aislados (TEA) y tragos dobles (TD), y la escala de ansiedad (A) y depresión (D) hospitalaria (HADS). Se definió como estudio prolongado aquel que requirió más de 20 minutos. Las variables se resumen con medianas, frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de suma de rangos con signo de Wilcoxon para variables cualitativas y prueba exacta de Fisher para comprar variables cuantitativas.

Resultados: Hasta 50 pacientes acudieron a MAR entre marzo y mayo de 2024; la mediana fue de 58 años (RIC, 45-68) con 74% de mujeres; 46% tenía escolaridad de nivel superior, 88% nivel socioeconómico < 3 y 70% sufría comorbilidades metabólicas (42%). El 32% de los pacientes mostró resultados positivos para D (27%) y A (38%) de la escala HADS. El diagnóstico más frecuente fue motilidad esofágica inefectiva (45%). En cuanto a la tolerancia a la MAR: el tiempo promedio por estudio fue de 23 minutos (19-31) y 69% tenía estudios prolongados. Un número de 43 (88%) pacientes realizó TEA con pro-

medio de 3 (1-6) tragos y 22% efectuó TD. El diagnóstico de ansiedad por la escala HADS se relacionó con un estudio prolongado ($p < 0,05$). El resto de los resultados se describe en la **Tabla 1**. No se observó una diferencia significativa en la presencia de TEA, TD o estudios prolongados de acuerdo con el diagnóstico manométrico.

Conclusiones: Una elevada proporción de pacientes realizó TEA o TD durante la obtención del topograma de la MAR; sin embargo, estos no se vincularon con un tiempo de estudio prolongado. El diagnóstico de ansiedad se relacionó con un estudio prolongado. Se requieren estudios para determinar si las estrategias como el diagnóstico de ansiedad proporcionan información que elimine la incertidumbre del estudio; asimismo, las estrategias antiestrés en el laboratorio de motilidad pueden ayudar a acortar el tiempo de obtención de un topograma de calidad en la MAR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Factores relacionados con el paciente que incrementan el tiempo de adquisición de la manometría esofágica de alta resolución. (Mar350)			
Característica	Estudio prolongado		p
	No	Sí	
Femenino (n/%)	11 (73,3)	25 (73,5)	> 0,99
Edad mediana (RIC)	59 (57,70)	56 (41,64)	0,12
IMC	25,5 (4,39)	26,8 (7,91)	0,31
Educación			
Preescolar	1 (6,7)	0 (0)	0,40
Básica	2 (13,3)	3 (8,8)	
Media	1 (6,7)	4 (11,8)	
Media superior	6 (40)	9 (26,5)	
Superior	5 (33,3)	18 (52,9)	
Comorbilidades	10 (66,7)	24 (70,6)	> 0,99
Hernia hiatal	1 (6,7)	10 (29,4)	0,14
Tragos espontáneos	13 (86,7)	30 (88,2)	> 0,99
Tragos dobles	10 (66,7)	22 (64,7)	0,89
HADS-depresión	4 (33,3)	6 (24)	0,74
HADS-ansiedad	2 (18,2)	11 (47,8)	0,02

Mar351

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL VALOR DE LA INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EN SEDESTACIÓN FRENTE A LA MEDICIÓN EN DECÚBITO SUPINO COMO PREDICTOR DE ERGE

R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, J. D. Prieto-Nava, J. L. Vargas-Basurto, J. J. Durán-Castro, D. K. Rojas-Valenzuela, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La integral contráctil de la unión esofagogástrica (IC-UEG) se ha considerado un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La clasificación de Chicago 4.0 sugiere que el complejo de la IC-UEG debe medirse durante la respiración tranquila en el registro basal en un segmento desprovisto de degluciones o artefactos de registro. Un valor < 25 mmHg-cm en posición primaria es anormal y eleva el riesgo de exposición anormal al ácido. Sin embargo, existe poca información sobre cuál es la mejor posición para medir la IC-UEG.

Objetivo: Determinar el valor de la IC-UEG en sedestación que mejor se vincule con un tiempo de exposición al ácido (TEA) anormal y comparar su rendimiento frente al valor de la IC-UEG en decúbito supino.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y comparativo desde noviembre de 2022 hasta junio de 2024. Se incluyó a pacientes de manera consecutiva que acudieron al laboratorio de motilidad digestiva por sospecha clínica de ERGE. De acuerdo con el protocolo, los pacientes fueron sometidos a manometría esofágica de alta resolución y pH-metría con impedanciometría de 24 horas. Se excluyó a los sujetos con

diagnóstico previo de ERGE por endoscopia o pH-metría. Se realizaron las mediciones convencionales descritas por la clasificación de Chicago 4.0 y el consenso de Lyon 2.0. Se diagnosticó ERGE en los pacientes con un TEA > 6,0%. Se obtuvieron los puntos de corte de la IC-UEG en sedestación y en decúbito supino que predecían con mayor sensibilidad y especificidad el diagnóstico de ERGE mediante curvas de característica operativa del receptor (ROC). Se comparó el valor de las áreas bajo la curva (AUC) obtenidas con la prueba DeLong *et al*.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes con diagnóstico presuntivo de ERGE sometidos a manometría esofágica de alta resolución y pH-metría con impedanciometría de 24 horas. En esta cohorte, la mediana del TEA fue de 2,80% (intervalo, 0,65-5,55). La media de episodios de reflujo por impedanciometría fue de 49,79 ($\pm 35,97$) y la media de impedancia basal nocturna de 2 419,70 ($\pm 1 223,88$). Tras la evaluación se identificó a 18 (22,2%) pacientes con ERGE, 14 (17,3%) con exposición limitrofe al ácido y 49 (60,5%) sin ERGE. La media de la IC-UEG en sedestación fue de 36,55 ($\pm 32,15$) mmHg-cm y en decúbito supino de 38,68 ($\pm 33,18$) mmHg-cm. El valor de la IC-UEG en sedestación que tuvo una mayor correlación con ERGE fue $\leq 10,96$, con una sensibilidad de 55,6% y especificidad de 79,4%, valor predictivo positivo de 43,5%, valor predictivo negativo de 86,2% y una AUC de 0,691. El valor de la IC-UEG en decúbito supino que mejor se correlacionó con ERGE fue $\leq 51,8$, con una sensibilidad de 83,3% y especificidad de 34,9%, valor predictivo positivo de 26,8%, valor predictivo negativo de 88,0% y una AUC de 0,575. La diferencia entre las AUC fue de 0,116 ($p = 0,02$).

Conclusiones: La medición de la IC-UEG en sedestación parece tener mayor correlación con ERGE en comparación con la medición en decúbito supino.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.

Mar352

INTEGRAL CONTRÁCTIL DISTAL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA CONTRA EL TIPO DE VÁLVULA, UNIÓN Y TONICIDAD GASTROESOFÁGICA. ¿CUÁL ES EL MEJOR PREDICTOR PARA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

M. Coutiño-Flores, E. A. San Vicente-Parada, K. A. Sánchez-Pozos, Hospital Juárez de México

Introducción: A lo largo de la historia se han descrito clasificaciones anatómicas como predictores de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); sin embargo, su utilización es limitada debido a la subjetividad de su aplicación. Por otro lado, la función de la barrera antirreflujo, a través de la integral contráctil distal de la unión esofagogástrica (ICD-UEG), es un nuevo parámetro que puede proporcionar más información sobre su función. Existen pocas investigaciones que evalúen la relación entre el tipo de válvula gastroesofágica, la ICD-UEG y el tipo de unión gastroesofágica (UGE) con el grado de exposición al ácido esofágico.

Objetivo: Determinar el mejor predictor de exposición al reflujo esofágico ácido patológico y comparar la ICD-UEG, el tipo de válvula gastroesofágica (a través de la clasificación de Hill), la tonicidad del EEI y el tipo de UGE.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo de un centro hospitalario. Se incluyó a 75 pacientes atendidos en el Hospital Juárez de México del 1 de enero del 2023 al 30 de junio del 2024 que presentaban síntomas indicativos de ERGE durante un periodo de seis meses de evolución; los pacientes debían contar con una endoscopia que identificara el tipo de válvula gastroesofágica, de acuerdo con la clasificación de Hill (1996): Hill tipos 1 y 2, normal; Hill tipos 3 y 4 anormal. Una exposición al ácido anormal se consideró con base en el consenso de Lyon 2.0 y un tiempo de exposición $\geq 6\%$ en 24 h. El equipo utilizado fue Digitrapper® con sonda Versaflex® con un sensor de pH y ocho anillos de impedancia interpretados con el software Reflux® 6.1. Para los estudios de manometría se empleó un equipo Medtronic® A120, con sonda de estado sólido de 36 sensores. La ICD-UEG se determinó con la herramienta del software Manoscan® 3.0, valores del tono de 10-43 mmHg y un DCI-UEG de 21,2 mmHg, con contorno isobárico de 20 mmHg. En relación con el tipo de UGE, se consideró un tipo de unión 1 como normal y 2 a 3 como anormal, de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de operación esofágica o gástrica, complicaciones previas y trastornos motores esofágicos, así como enfermedades sistémicas del tejido conectivo.

Resultados: Como puede observarse, se identificó una relación estadísticamente significativa entre la ICD-UEG y la exposición al ácido ($p < 0,05$), lo que representa en el caso de una ICD-UEG débil un riesgo mayor de exposición patológica al ácido (Tabla 1). No se identificó un nexo entre una mayor exposición al ácido esofágico y un Hill estratificado como normal y anormal. No se estableció alguna vinculación entre un Hill anormal (tipos 3-4) con una UGE débil. Por otro lado, el análisis de relación entre el tipo de UGE y la exposición al ácido, aunque no fue significativo, mostró una tendencia ($p = 0,09$), la cual podría deberse al tamaño de muestra (Tabla 1). Respecto de los datos, en la clasificación de Hill 1-2 normal había 18,7% de hombres y 81,3% de mujeres, mientras que en la clasificación de Hill 3-4 anormal se registró 16,3% de hombres y 83,7% de mujeres. En el grupo de Hill 3-4, la edad de los participantes fue menor en comparación con el grupo de Hill normal y no hubo diferencias en el IMC ni en los valores de la pH-metría entre los dos grupos.

Conclusiones: Este estudio demuestra que la medición de la ICD-UEG puede ayudar a corroborar o excluir la enfermedad por reflujo gastroesofágico de manera más homogénea, en comparación con la determinación del grado de Hill: el tono del EEI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Relación de pH-metría con diversos factores. (Mar352)				
Parámetros	Sin ajustar		Ajuste por sexo, edad e IMC	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
ICD-UEG	2,59 (1,00 - 6,72)	0,050	2,65 (0,97 - 7,22)	0,056
Tipo de UGE	2,25 (0,88 - 5,78)	0,092	2,30 (0,87 - 6,09)	0,094*
Hill	0,52 (0,20 - 1,36)	0,184	0,45 (0,16 - 1,27)	0,129
EEI	1,91 (0,73-4,99)	0,184	1,81 (0,61 - 5,40)	0,284

*Hay tendencia y al aumentar la n podría alcanzarse la significancia.
ICD-UEG, integral contráctil distal de la unión esofagogástrica; UGE, unión gastroesofágica; EEI, esfínter esofágico inferior.

Mar353

HIPERTONÍA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR COMO POTENCIAL MARCADOR OBJETIVO EN GLOBUS FUNCIONAL

F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, K. D. González-Gómez, J. L. Vargas-Basurto, H. R. Ordaz-Álvarez, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, E. C. Morel-Cerda, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El globus posee una prevalencia general hasta de 46%; sin embargo, el globus funcional (GF) es un trastorno de la interacción intestino-cerebro poco frecuente con una prevalencia de 0,8% (0,7-0,8). Para el diagnóstico de GF es necesario descartar afección de cabeza-cuello, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), esofagitis eosinofílica y trastornos motores esofágicos. No existe en la actualidad algún hallazgo objetivo que apoye el diagnóstico de GF.

Objetivo: Determinar si existen algún marcador objetivo de GF en la valoración fisiológica de este trastorno, en comparación con otros padecimientos del esófago.

Material y métodos: Se realizó una captación de datos de sujetos con globus sometidos a pH-impedancia y manometría esofágica durante el periodo 2017-2024 en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se clasificó como GF a la población con endoscopia, pH-metría con impedancia (pH-imp) y manometría esofágica normal. Los individuos con GF se compararon con pacientes con otras afecciones del esófago y controles sanos. Se registraron los resultados de pH-imp y manometría esofágica, así como de los cuestionarios GERD-Q, RSI, HADS y EHAS. Se analizó la distribución de variables con la prueba de Shapiro-Wilk y la igualdad de varianzas con la prueba de Levene para someter posteriormente las variables a una comparación de medias con las pruebas ANOVA o Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyó un total de 102 pacientes con edad media de 52 ± 13 años y predominio del sexo femenino (n = 74, 72,5%). La población estudiada se clasificó en siete grupos: GF (n = 8, 7,8%), ERGE (n = 16, 15,7%), hipersensibilidad al reflujo (HR) (n = 16, 15,7%), pirosis funcional (PF) (n = 16, 15,7%),

disfagia funcional (DF) (n = 12, 11,8%), motilidad esofágica inefectiva (MEI) (n = 18, 17,6%) y controles (n = 16, 15,7%). Al comparar GF con el resto de los grupos no se encontró una diferencia significativa en las características socio-demográficas, síntomas de ERGE, síntomas gastroduodenales, ansiedad, depresión y otros trastornos con efectos conductuales. En la valoración fisiológica esofágica se advirtió que los pacientes con GF mostraban mayor presión basal del esfínter esofágico superior (EES), con una media consistente con hipertensión del EES (GF [110 ± 86], ERGE [63 ± 39], DF [64 ± 37], EH [54 ± 40], PF [76 ± 39], MEI [80 ± 40], sanos [38 ± 20]; $p = 0,019$).

Conclusiones: Los pacientes con GF no tienen un fenotipo clínico de síntomas digestivos superiores y psiquiátricos-conductuales en comparación con otras anomalías esofágicas; sin embargo, en el perfil de estudio fisiológico son pacientes con hipertensión del EES. Se desconoce si la hipertensión es un epifenómeno o una causa del GF, pero podría ser un marcador objetivo en estos individuos. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar dicha hipótesis.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Mar354

SÍNTOMAS RECURRENTES EN PACIENTES POSTFUNDUPPLICATURA: HALLAZGOS MANOMÉTRICOS MEDIANTE EL NUEVO CONSENSO DE PADOVA

M. Soto-Villalpando, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, G. Morales-Osorio, F. D. García-García, V. M. Mendoza-Martínez, M. Rivera-Huizar, A. Wong-Muñoz, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: A través de la Clasificación de Chicago v4.0 se ha perfeccionado el estudio de los trastornos de la motilidad mediante la manometría esofágica de alta resolución (MAR); no obstante, el beneficio de esta luego de la funduplicatura permanece incierto debido a que este protocolo no es aplicable para los casos con modificaciones anatómicas. En fecha reciente se ha publicado el Consenso de Padua con el objetivo de facilitar y homogenizar la interpretación de los hallazgos manométricos en pacientes sometidos a cirugía de antirreflujo.

Objetivo: Describir los hallazgos manométricos de acuerdo con el Consenso de Padua en una cohorte de pacientes con síntomas esofágicos o extraesofágicos, luego de funduplicatura, en un centro hospitalario de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con antecedente de funduplicatura que mostraron síntomas esofágicos (pirosis, regurgitación, dolor torácico no cardíaco [DTNC], disfagia) o laringofaríngeos (tos, disfonía, aclaramiento faríngeo), *de novo* o recurrentes. Se estableció un diagnóstico por MAR de acuerdo con el consenso de Padua y se buscaron relaciones acordes al síntoma predominante. La relación entre variables cualitativas se evaluó con tablas cruzadas y ji cuadrada; para las variables cuantitativas se empleó ANOVA. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se usó como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De los 100 pacientes incluidos, 74% correspondió a mujeres y 26% a hombres, con edad media de 58,3 ± 11,8 años; en el 52%, la funduplicatura realizada fue de tipo Nissen. La pirosis (44%), disfagia (28%) y regurgitación (23%) fueron los síntomas más frecuentes. De manera global, la migración intratorácica fue el hallazgo más común (40%) y, a pesar de la presencia de síntomas, el 36% tuvo un patrón manométrico normal tras la funduplicatura. Se realizó un subanálisis de acuerdo con el principal síntoma referido. La migración intratorácica fue el hallazgo más frecuente en los pacientes con pirosis (43%) y síntomas laringofaríngeos (67%); el patrón manométrico normal luego de la funduplicatura fue el más común en el grupo con disfagia (36%). Estos dos diagnósticos se encontraron con la misma frecuencia en quienes cursaron con regurgitación (44%) y DTNC (50%). Los pacientes con síntomas laringofaríngeos tuvieron valores de presión basal promedio y presión residual mediana más altos en comparación con quienes refirieron otros síntomas, pero estos valores estuvieron dentro de límites normales (Tabla 1).

Conclusiones: Aunque la recurrencia de síntomas típicos (pirosis y regurgitación) es más frecuente en los pacientes con funduplicatura migrada/intratorácica, se registró una elevada prevalencia de síntomas en pacientes con cambios esperados tras la funduplicatura; en consecuencia, estos resultados siempre deben correlacionarse con los hallazgos endoscópicos y por impedancia/pH-metría ambulatoria de 24 horas para una adecuada toma de decisiones clínicas respecto del tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Análisis comparativo de acuerdo con el principal síntoma recurrente después de la funduplicatura. (Mar354)

	Pirosis (n = 44)	Regurgitación (n = 23)	Dolor torácico no cardíaco (n = 2)	Disfagia (n = 3)	Síntomas laringofaríngeos (n = 28)	p
Sexo, n (%)						
Hombres	9 (35)	8 (31)	1 (4)	2 (7)	6 (23)	0,277
Mujeres	35 (48)	15 (20)	1 (1)	1 (1)	22 (30)	
Edad, años ± DE	58,7 ± 11,2	57,6 ± 13,0	65,0 ± 19,7	56,9 ± 11,2	65,6 ± 17,6	0,690
Presión basal promedio, mmHg ± DE	30,3 ± 11,0	23,2 ± 8,2	18,0 ± 13,6	27,1 ± 10,2	31,2 ± 4,4	0,050
Presión residual mediana, mmHg ± DE	11,8 ± 5,9	8,6 ± 5,3	7,6 ± 5,8	12,4 ± 5,7	12,5 ± 0,7	0,128
Diagnóstico por Padua, n (%)						0,592
Alteración con herniación	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Migración intratorácica	19 (43)	10 (44)	1 (50)	8 (29)	2 (67)	
Funduplicatura o plastia de pilares apretados	7 (17)	1 (4)	0 (0)	6 (21)	0 (0)	
Ausencia de contractilidad	1 (2)	1 (4)	0 (0)	2 (7)	0 (0)	
Alteración/ procedimiento inefectivo	1 (2)	1 (4)	1 (50)	2 (7)	0 (0)	
Cambios normales luego de funduplicatura	15 (34)	10 (44)	0 (0)	10 (36)	1 (33)	

Mar355

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON FEXUPRAZÁN: RESULTADOS DE UN CONSENSO DELPHI

M. Schmulson, J. M. Remes-Troche, P. J. Rodríguez-Ledezma, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (Hipam)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El fexuprazán es un nuevo bloqueador de ácido competitivo con potasio (P-CAB) que, a diferencia de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), su metabolismo es independiente del CYP 2C19 y el recubrimiento entérico no es necesario debido a la estabilidad ácida. Los IBP se unen de manera irreversible a las formas activas de la bomba de protones, pero el fexuprazán puede unirse de modo competitivo y reversible a las formas activas e inactivas. Este fármaco es el segundo P-CAB disponible en México.

Objetivo: Conocer el control clínico de la ERGE por un panel de expertos en neurogastroenterología en México.

Material y métodos: Se incluyó una fase preparatoria (selección de expertos, determinación de objetivos y cuestionario); fase de consulta (ronda de consultas, procesamiento estadístico, retroalimentación) y resultados. El cuestionario definido incluyó 28 preguntas de opción múltiple, una pregunta abierta sobre el uso del fexuprazán, y una de comentarios. Los resultados del consenso se expresan en porcentaje de acuerdo.

Resultados: Once expertos participaron y los principales resultados son los siguientes: a) el 91% consideró que la principal ventaja de los P-CAB sobre los IBP eran su eficacia y mejor relación costo-beneficio; b) con respecto a los procinéticos, los P-CAB ofrecen mejor relación costo-beneficio: 63%, eficacia: 27%; y mayor seguridad: 81%; c) el 73% estuvo de acuerdo con el uso del fexuprazán en el reflujo erosivo (ERGE) y 9% para cada uno de reflujo no erosivo (ERNE), úlcera péptica, y erradicación de *H. pylori*; d) el 91% estuvo de acuerdo con recibir fexuprazán de 40 mg/día para ERGE y ERNE; 73% consideró cuatro semanas para ERGE y ocho para ERNE, y hasta el mantenimiento de por vida con fexuprazán en ERGE o ERNE complicada; e) en cuanto a las ventajas del fexuprazán se encuentran su menor precio: 100%, y mayor eficacia que los demás medicamentos para reflujo: 64%; f) a la luz de los conocimientos actuales, el 64% consideró a los P-CAB como la primera línea de tratamiento para ERGE y ERNE, y 36% los IBP; g) el 82% estuvo completamente de acuerdo en que el fexuprazán tiene ventajas en seguridad y eficacia en comparación con otros fármacos con indicaciones similares, y 91% completa o parcialmente de acuerdo con sus ventajas en seguridad y eficacia respecto de los IBP; h) el 91% estuvo completamente de acuerdo en que el fexuprazán a largo plazo es más económico en comparación con el resto de los fármacos para reflujo; i) el 100% estuvo completa o parcialmente de acuerdo en que el fexuprazán disminuye los síntomas de ERGE o ERNE más rápida y eficazmente respecto del resto de los medicamentos con indicaciones similares, y que atenúa la hiperacidez nocturna.

Conclusiones: En este consenso Delphi, los expertos consideraron que el fexuprazán es un fármaco seguro y eficaz para el tratamiento de ERGE, por lo que se presenta como una alternativa favorable, además de su efectividad en términos del costo. Asimismo, sugirieron considerar en el futuro su uso para ERNE, *H. pylori* y úlcera péptica.

Financiamiento: M8 and Acino Company.

Mar356

PREVALENCIA Y UTILIDAD DE CRITERIOS DE APOYO EN LA CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO SEGÚN LYON 2.0 EN PACIENTES MEXICANOS

F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, J. L. Vargas-Basurto, K. D. González-Gómez, H. R. Ordaz-Álvarez, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La definición de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha experimentado variaciones con los años. El consenso de Lyon 2.0 propone hoy día la clasificación de ERGE accionable, ERGE límite (ERGEL) y sin ERGE, además de criterios de apoyo para el diagnóstico de ERGE. En la actualidad, en los pacientes con ERGEL, se desconoce el parámetro adyuvante (impedancia, episodios de reflujo, MEI, etc.) más útil para redefinir la ERGE en la práctica clínica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los subgrupos de ERGE de acuerdo con la clasificación de Lyon 2.0 en pacientes mexicanos, así como determinar la utilidad de los criterios de apoyo para el diagnóstico de ERGE.

Material y métodos: Se realizó un estudio ambispectivo de corte trasversal con delimitación temporal del 2017 al 2024, en el cual se estudió a la población que acudió a valoración en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. La población se clasificó en tres grupos de acuerdo con los criterios de Lyon 2.0: ERGE, ERGEL y sin ERGE. Se registraron los resultados de pH-imp y manometría esofágica, además de los síntomas, los criterios de apoyo para el diagnóstico de ERGE según Lyon 2.0, los cuestionarios GERD-Q y RSI. Se comparó la prevalencia de ERGE según los criterios de Lyon y Lyon 2.0 mediante una prueba de McNemar, un análisis de regresión multivariado con ji cuadrada para valorar la relación de criterios de apoyo con el diagnóstico de ERGE y se compararon las medias con las pruebas U de Mann-Whitney o t de Student.

Resultados: Se incluyó a un total de 269 pacientes con edad media de 50 ± 14 años y predominio del sexo femenino (n = 175, 65,1%). De la población estudiada, 25,7% cumplían criterios de ERGE, 25,3% de ERGEL y 49% sin criterios de ERGE. No se encontró una diferencia en la clasificación de ERGE al usar los criterios Lyon y Lyon 2.0 (ERGE: Lyon = 23,8% vs. Lyon 2.0 = 25,7%; p = 0,063). La regurgitación es el síntoma más frecuente en los grupos de ERGEL (> 80 episodios de reflujo: 100%; impedancia basal nocturna: 75%; hipotensión de

esfínter esofágico inferior: 70%; motilidad esofágica inefectiva: 78,6%; y probabilidad de relación sintomática: 86,4%), con excepción del grupo de hernia hiatal en el cual la tos crónica fue el síntoma con mayor frecuencia en un 80% de los afectados. Al valorar la relación de criterios de ERGEL con ERGE se observó que solo los > 80 episodios de reflujo (OR, 6,28; IC95%, 3,19-12,3; $p \leq 0,001$) y la impedancia basal nocturna (OR, 3,51; IC95%, 1,80-6,85; $p \leq 0,001$) se vinculan con ERGE y pueden ser los más útiles (Tabla 1).

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes mexicanos referidos por síntomas de reflujo sufre ERGEL. La regurgitación es el síntoma más frecuente en los grupos de ERGEL, salvo en aquellos que presentan hernia hiatal, en quienes la tos es el síntoma más frecuente. La presencia de > 80 episodios de reflujo y la impedancia basal nocturna son los criterios de apoyo de mayor utilidad en el diagnóstico de ERGE en los casos de ERGEL en la población mexicana, y pueden ser suficientes para confirmar el diagnóstico.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Análisis multivariado: relación entre criterios de soporte y diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico. (Mar356)

	OR	IC95%	p
> 80 episodios	6,28	3,19-12,3	< 0,001
Impedancia basal nocturna	3,51	1,80-6,85	< 0,001
PAS	1,34	0,68-2,66	0,389
Hernia hiatal	1,92	0,92-4,02	0,082
Hipotensión	0,39	0,23-1,77	0,398
MEI	1,76	0,83-3,71	0,138

Mar357

CARACTERIZACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS SÍNTOMAS PERCIBIDOS EN LA DIFERENCIACIÓN DE ERUCTOS SUPRAGÁSTRICOS CON Y SIN ERGE

K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, J. L. Vargas-Basurto, H. R. Ordaz-Álvarez, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, J. M. Reme-Troche, Particulares

Introducción: La coexistencia de eructos supragástricos (ES) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) representa un desafío debido a la superposición de síntomas y la variabilidad en su presentación clínica. Los pacientes con estas anomalías experimentan a menudo diversos síntomas esofágicos que pueden afectar su calidad de vida y complicar el tratamiento clínico adecuado. Es esencial comprender la forma en que los síntomas esofágicos percibidos pueden diferenciar a los individuos con ES y ERGE de aquellos sin ERGE para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar los tratamientos.

Objetivo: Describir el rendimiento diagnóstico del número de síntomas esofágicos percibidos por pH-metría para identificar a los pacientes con diagnóstico de ES con ERGE y a los sujetos sin ERGE.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico en el que se incluyó a pacientes consecutivos con pH-metría y manometría esofágica. La definición de ES patológicos se basó en el estudio de Koukias *et al.* que mostró que las personas sanas tienen una mediana de 3 (intervalo, 0-15) ES en 24 h. El valor del percentil 95° se tomó como el límite superior de lo normal y se calculó en 13 ES por 24 h. Se recabaron variables sociodemográficas y el registro de la pH-metría, incluidos los síntomas referidos por los pacientes: pirosis, dolor

tóraco, eructos y regurgitación. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas t de Student o Wilcoxon para la comparación entre grupos y las correlaciones con Spearman. Para el rendimiento diagnóstico se calcularon curvas con las características operativas del receptor (ROC) con el área debajo de la curva. Mediante el índice de Youden se determinaron los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como las razones de verosimilitud. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$, y el análisis se efectuó con el programa R studio 4.1

Resultados: De 238 individuos, se incluyó a 105 que contaron con diagnóstico de eructos supragástricos, 64 (61%) mujeres y 41 (39%) hombres. La mediana de edad fue de 46 (RIQ, 34-54). Al clasificarlos, 58 (55,2%) tuvieron ES con ERGE y 47 (44,8%) sin ERGE. Los individuos con ES + ERGE registraron mayor cantidad de síntomas (8 [2,75-14,2] vs. 4 [2-8]; $p = 0,002$), IMC (27,1 [24,2-31,5] vs. 24,8 [18,8-27,9]; $p = 0,001$) y menor impedancia basal nocturna (1 692 [1 090,5-2 252,5] vs. 3 407 [2 705-4 245]; $p = 0,0001$) en comparación con aquellos con ES sin ERGE. En el análisis por sexos, los hombres con ES + ERGE señalaron mayor cantidad de síntomas (11,5 [4-23,5] vs. 4 [1,2-12,5]; $p = 0,0001$) y tuvieron menor impedancia basal que las mujeres (1 270 [885,2-1 894] vs. 2 006 [1 310-2 555]; $p = 0,0001$). En el grupo de ES sin ERGE no hubo diferencias ligadas al sexo. Al evaluar el rendimiento diagnóstico en los hombres, el número total de síntomas tuvo 0,73 de AUROC y el número total de veces que indicaron pirosis tuvo 0,77 de AUROC para ES con ERGE (Tabla 1). En las mujeres no se halló significancia estadística.

Conclusiones: La evaluación de la frecuencia de los síntomas percibidos es efectiva para distinguir a hombres con y sin ERGE con diagnóstico de eructos supragástricos, pero no demostró ser útil en mujeres, lo que indica que se requieren enfoques diagnósticos diferenciados por sexo.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Mar358

LAPSO DE TIEMPO ENTRE LA CENA Y EL MOMENTO DE ACOSTARSE A DORMIR, IMPORTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO, COHORTE RETROSPECTIVA DE 500 CASOS AL AZAR

A. Orozco-Gámiz, Gastrolab SA de CV

Introducción: En las guías de atención de la AMG, AGA, ACG, y en otros trabajos científicos relativos a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), se ha señalado que la adopción de la posición recumbente (acostado) influye en la evolución y respuesta al tratamiento, por lo que se han sugerido lapsos de dos a tres horas para favorecer el proceso de vaciamiento gástrico y reducir el contenido, lo que disminuye el riesgo y la posibilidad de reflujo nocturno.

Objetivo: Cuantificar la duración entre la cena y el momento de acostarse, según los propios pacientes, para demostrar la influencia de este hábito en la evolución clínica y en la respuesta terapéutica, en pacientes con ERGE que soslayan en general este consejo.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva de revisión al azar de 500 diarios de un total de 4 256 en un lapso de 10 años, con pH-metrías de ERGE, remitidos a un centro particular de referencia regional de varios estados y local situado en Guadalajara para realizar manometría y pH-metría esofágica (algunas relacionadas con impedancia eléctrica intraluminal). Los diarios se llenaron manualmente de acuerdo con instrucciones directas para obtener tres aspectos importantes para la vigilancia de 24 horas (la conducta del paciente fue libre en sus actividades): el primero fue escribir el horario de inicio y término de la posición recostada (tórax horizontal) durante el estudio; el segundo fue el inicio y el fin de los periodos de alimento y el tipo de alimento o bebida en

Tabla 1. Comparación del rendimiento diagnóstico de la percepción de síntomas esofágicos para diferenciar a los individuos con diagnóstico de eructos supragástricos con y sin ERGE. AUROC, área bajo la curva; E, especificidad; S, sensibilidad; VPP, valor predictivo positivo; VPN, valor predictivo negativo; LR, razón de verosimilitud. (Mar357)

Variable	AUROC	IC95%	p	Punto de corte	S	E	VPP	VPN	LR +	LR -
No. de síntomas										
Hombres	0,73	0,60-0,88	0,01	7	65,3%	66,6%	77,2%	53%	1,96	0,52
Mujeres	0,54	0,39-0,68	0,582	-	-	-	-	-	-	-
No. de veces con pirosis										
Hombres	0,77	0,63-0,88	0,012	3	61,5%	80%	83,9%	54,9%	3,08	0,048
Mujeres	0,56	0,42-0,71	0,344	-	-	-	-	-	-	-

ese estudio; y el tercero fue escribir el inicio y el término de los síntomas presentados, en especial los que llevaron a indicar la vigilancia, como pirosis, tos, reflujo, dolor faríngeo y otros que el paciente creyera vinculados con su enfermedad. Se obtuvieron datos demográficos y antecedentes de relevancia para la ERGE y se clasificaron en grupos de lapsos de 3, 2 o < 2 h. Se analizaron la calificación de DeMeester, la medición del porcentaje de exposición al ácido y el número de episodios de reflujo recumbente con el programa de Syntectics y Medtronic en los casos correspondientes de acuerdo con la evolución de la tecnología disponible en esos 10 años.

Resultados: Todos los pacientes tuvieron una calificación de DeMeester > 14,78, más de 4% de exposición esofágica al ácido en 24 horas y > 56 episodios de reflujo. Los resultados fueron simples: 53% de los individuos cenó y se acostó en un lapso < 60 minutos, 26% en 61 a 120 minutos, 19% en 121 a 179 minutos y solo el 2% en > 180 minutos.

Conclusiones: Los resultados observados indican que la mayoría de los pacientes mexicanos estudiados en este centro no tiene como hábito conservar un tiempo razonable según las guías mencionadas; en buena medida se debe a que es efectivamente el hábito normal de la población y no considera importante observar una conducta que le ayude a mejorar las condiciones de la ERGE; también es importante señalar que los médicos y las asociaciones deben hacer hincapié en este factor tan importante. Se conducirán estudios más extensos y descriptivos de este informe inicial.

Financiamiento: No se contó con financiamiento de ningún origen.

Mar359

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL NÚMERO DE SÍNTOMAS REPORTADO POR LOS PACIENTES DURANTE LA pH-IMPEDANCIA INTRALUMINAL EN EL ESPECTRO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS ERUCTOS Y LA ERGE

K. R. García-Zermeño, J. L. Vargas-Basurto, H. R. Ordaz-Álvarez, F. A. Félix-Téllez, B. A. Priego-Parra, R. A. Jiménez-Castillo, J. M. Remes-Troche, Particulares

Introducción: Los eructos, sean supragástricos (ESG) o gástricos (EG), son síntomas comunes en pacientes con trastornos digestivos y pueden alterar de modo negativo la calidad de vida. Entre estos trastornos, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una anomalía prevalente que a menudo se relaciona con eructos. De forma inicial, los ESG pueden ocurrir en respuesta al estrés o la necesidad de aliviar una sensación desagradable y más adelante convertirse en una conducta aprendida que se manifiesta de manera inconsciente, incluso sin la presencia de síntomas gastrointestinales previos. Además, los ESG pueden desencadenar episodios de reflujo o causar síntomas esofágicos al generar presión negativa intratorácica mediante respiraciones profundas, aspiración de aire en el esófago o contracción de los músculos faríngeos para impulsar el aire hacia el esófago. El diagnóstico de EG y ESG se establece con pH-impedancia intraluminal multicanal de 24 horas, que permite calcular la frecuencia de los episodios de eructos y su relación con los episodios de reflujo.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico del número de ocasiones en que los pacientes registran síntomas esofágicos en el dispositivo de pH-metría, con el fin de diferenciar a los individuos con diagnóstico de ESG y EG.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico en el que se incluyó a pacientes consecutivos sometidos a pH-impedancia intraluminal multicanal de 24 horas por síntomas esofágicos. Se consideraron variables sociodemográficas y el informe de pH-metría, incluido el número de los síntomas registrados por los pacientes: pirosis, dolor torácico, eructos y regurgitación. Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas t de Student o Wilcoxon para la comparación entre grupos y las correlaciones con el instrumento de Spearman. Para el rendimiento diagnóstico se calcularon curvas con las características operativas del receptor (ROC) con el área bajo la curva. Mediante el índice de Youden se calcularon los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como las razones de verosimilitud. Se determinó como significancia estadística un valor de $p < 0,05$ y el análisis se llevó a cabo con el programa R studio 4.1.

Resultados: Se incluyó a un total de 532 pacientes (50% hombres, con mediana de edad de 52 [RIQ, 40-60]), de los cuales 402 (75,5%) contaban con diagnóstico de ESG y 130 (24,5%) de EG. En cuanto a los eructos supragástricos, se observó que los pacientes que presionaron el medidor de pH ≥ 14 veces (al margen del síntoma registrado) tuvieron una mayor probabilidad de un diagnóstico de ESG (Figura 1). El área bajo la curva (AUC) fue de 0,668, con una sensibilidad del 58,21% y una especificidad de 66,15%. Para los eructos supragástricos en pacientes con ERGE, al analizar a los pacientes con ESG y ERGE, el punto de corte de 34 eructos totales tuvo un AUC de 0,53, con una sensibilidad del 27,70% y una especificidad del 81,89% para ESG con ERGE. Respecto de los eructos gástricos, los pacientes que presionaron el medidor de pH ≥ 18 veces (independientemente del síntoma registrado) tuvieron una mayor probabilidad de eructos gástricos. El AUC fue de 0,621, con una sensibilidad del 48,28% y una especificidad del 80,20% (Figura 1).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la frecuencia del número de ocasiones que los pacientes presionan para registrar un síntoma en el dispositivo de pH-impedancia puede ser un indicador útil para identificar a pacientes con ESG o EG, aunque la capacidad predictiva es moderada. En el subgrupo de pacientes con ESG y ERGE, la especificidad es alta, lo cual indica que este criterio puede ser más útil para confirmar ESG y EG.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

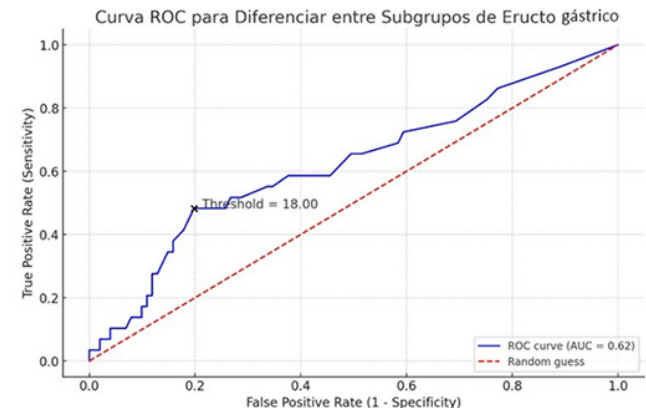
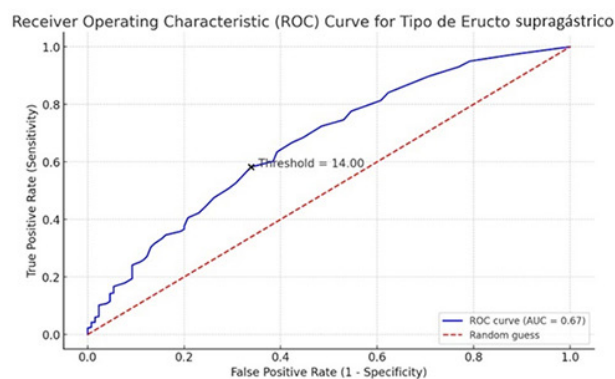
Mar360

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIA MEDIA BASAL NOCTURNA Y FACTORES ASOCIADOS A SU VARIACIÓN

R. C. Guerrero-Barrera, E. A. San Vicente-Parada, J. I. Mazadiego-Cid, R. Zapata-Arenas, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como el retorno del contenido gástrico hacia el esófago, lo que provoca síntomas molestos o complicaciones. A lo largo de los años, los criterios diagnósticos han evolucionado, en particular debido a la necesidad de descartar

Figura 1. Curvas ROC: capacidad moderada para diferenciar entre los tipos de eructo de acuerdo con el número total de episodios registrados. (Mar359)



otras enfermedades con síntomas similares o síndromes de superposición. Debido a la complejidad del diagnóstico, en algunos casos se recomienda realizar pruebas objetivas para documentar el reflujo gastroesofágico, como la endoscopia superior o la vigilancia ambulatoria del pH con impedancia. En el Consenso de Lyon 2.0 se establecieron métricas para confirmar el diagnóstico de ERGE. Sin embargo, es importante definir si estas métricas varían en función de algunas variables.

Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica de la impedancia media basal nocturna y los factores relacionados con su variación.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo y analítico en un solo centro hospitalario. La muestra se conformó por registros de pacientes que acudieron al laboratorio de motilidad del Hospital Juárez México de enero del 2023 a enero del 2024. Se determinó el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico de acuerdo con los criterios del Consenso de Lyon. La pH-metría con impedancia se realizó con Digitrapp® y sonda Versaflex®.

Resultados: El estudio se conformó con 221 sujetos, de los cuales el 76% correspondió a mujeres y el 42,5% se clasificó con diagnóstico de ERGE. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que tenían ERGE en comparación con los sujetos sin la enfermedad en algunas variables, como el aumento del IMC (0,008), la longitud del EEI (0,035) y el MNBI (< 0,001). De acuerdo con la prueba de correlación de Pearson, se identificó una correlación estadísticamente significativa entre el MNBI y el TEA (< 0,001), el peso (0,004), la longitud del EEI (0,006) y el IMC (0,01). En contraste, no hubo correlación entre el MNBI y la altura o la presión del EEI.

Conclusiones: La MNBI es útil para el diagnóstico de ERGE de forma independiente respecto del sexo, el peso y el IMC. En el análisis de correlación, el MNBI se vinculó con el TEA, el peso, la longitud del EEI y el IMC.

Financiamiento: Recursos propios del hospital.

Mar361

ASOCIACIÓN DE ALTERACIONES MOTORAS ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO DIAGNOSTICADO POR pH-METRÍA E IMPEDANCIA

S. Rodríguez-Jacobo, B. M. Lozano-Maldonado, M. T. Sánchez-Ávila, L. A. Morales-Garza, J. S. Jacobo-Karam, J. F. Sánchez-Ávila, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección frecuente en este país, con una prevalencia hasta de 40%, que trae consigo complicaciones como lesiones premalignas y adenocarcinoma, que incrementan la mortalidad. Las alteraciones de la función del EEI se han

relacionado con la ERGE, que se ve favorecida por las relajaciones transitorias observadas en 90% de los casos. Las publicaciones médicas señalan que la alteración motora más común es la peristalsis fallida, en el 21% de los pacientes (S. Lin, 2019). Las alteraciones motoras se acompañan de pirosis y disfagia y por ello es importante determinar cuáles son los principales trastornos motores vinculados con la ERGE.

Objetivo: Determinar las alteraciones motoras esofágicas más frecuentes en pacientes con diagnóstico de ERGE por pH-metría con impedancia positiva en este medio.

Material y métodos: Pacientes valorados en la unidad de motilidad gastrointestinal del Hospital San José de 2013 a 2019, referidos para realización de pH-metría con impedancia y manometría esofágica de alta resolución por síntomas consistentes con ERGE. Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Se analizaron edad y sexo. Variables correspondientes al diagnóstico por pH-metría con impedancia: duración del reflujo, umbral del pH, tiempo de reflujo, número de episodios del reflujo, puntuación de DeMeester, actividad de episodios de reflujo normalizados, tiempo de exposición al bolo, correlación de síntomas con reflujo, índice de síntomas de reflujo y reflujo esofágico proximal. Variables correspondientes al diagnóstico por manometría esofágica de alta resolución: presión basal del EEI, presión residual del EEI, presión residual del EES y clasificación de Chicago versión 3.0 (Kahrilas, 2014) para los trastornos motores. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia absoluta y relativa, y las variables numéricas con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se incluyó a 156 pacientes, con mediana de edad de 46 (37-54) años y 97 (62,2%) mujeres. Los diagnósticos por pH-metría fueron esófago hipersensible o pirosis funcional (EH o PF) en 12 (7,7%), reflujo ácido anormal (RAA) en 90 (57,7%), reflujo no ácido anormal (RNAA) en 6 (3,8%) y ausencia de reflujo patológico (SRP) en 49 (30,8%). Se identificó una puntuación de DeMeester anormal en 88,9% de los pacientes con RAA y en 16,7% con RNAA (p < 0,001). El 37,8% de los sujetos no presentó trastorno motor. Se identificaron trastornos motores en el 62,2% y los más frecuentes fueron peristalsis fallida o inefectiva en 56 (35,9%) e hipotonía del EEI en 16 (10,3%) (Tabla 1). No se reconocieron diferencias en la prevalencia de los trastornos motores por tipo de diagnóstico de reflujo.

Conclusiones: Debido a la elevada prevalencia de trastornos motores en pacientes con ERGE notificada en la bibliografía médica, su evaluación debe considerarse fundamental en los pacientes en estudio por ERGE, como en el caso de estos enfermos en quienes la peristalsis fallida o inefectiva fue el trastorno motor más común. En consecuencia, en individuos sin mejoría con tratamiento antisecretores o en quienes se consideran opciones terapéuticas quirúrgicas o endoscópicas, debe realizarse una manometría esofágica para descartar alteraciones motoras, sobre todo para el pronóstico.

Financiamiento: El estudio se condujo sin ningún financiamiento.

Tabla 1. Relación entre tipo de trastorno motor y tipo de reflujo. (Mar361)						
Variable	Global	EH o PF	RAA	SRP	RNAA	p
Tipo de trastorno motor						
Sin trastorno motor	59 (37,8%)	4 (33,3%)	31 (34,4%)	21 (43,8%)	3 (50%)	0,651
Peristalsis inefectiva o fallida	56 (35,9%)	4 (33,3%)	38 (42,2%)	14 (29,2%)	0 (0%)	0,116
Obstrucción del tracto de salida	9 (5,8%)	1 (8,3%)	4 (4,4%)	4 (8,3%)	0 (0%)	0,709
Hipotonía del EEI	16 (10,3%)	1 (8,3%)	8 (8,9%)	5 (10,4%)	2 (33,3%)	0,295
Hipotonía del EES	3 (1,9%)	0 (0%)	3 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0,524
Esófago espásmico o hipercontráctil	5 (3,2%)	0 (0%)	3 (3,3%)	2 (4,2%)	0 (0%)	0,863
Trastorno motor	9 (5,8%)	0 (0%)	7 (7,8%)	2 (4,2%)	0 (0%)	0,573
Leve	6	-	4	2	-	
Moderado	3	-	3	0	-	
Peristalsis intrabolo aumentada	3 (1,9%)	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (2,1%)	1 (16,7%)	0,058
Otros						
Presión de relajación negativa del EEI	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Acalasia	1 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,1%)	0 (0%)	-
Disfagia proximal	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	-

Mar362

INGESTA DE CÁUSTICOS EN ADULTOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL NORESTE DE MÉXICO

S. Rodríguez-Jacobo, L. Santoyo-Fexas, H. A. Cabello-Valdés, L. A. Torres-González, C. E. González-Martínez, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La ingestión de cáusticos es una preocupación médica y social importante, con alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Los informes disponibles se centran en la población pediátrica, en la cual la ingestión es accidental, con predominio de la sosa cáustica, lo que ocasiona lesiones esofágicas endoscópicas, en su mayor parte de bajo grado. En los adultos, hasta dos terceras partes tienen intencionalidad suicida, con ingestión de sosa cáustica, y se documentan lesiones endoscópicas de mayor grado. En México no se cuenta con información estadística sobre este tema en la población adulta.

Objetivo: Describir los datos demográficos, clínicos y endoscópicos de pacientes adultos con ingestión de cáusticos.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo. Se incluyó a pacientes ingresados por consumo de cáusticos en el Hospital Universitario Dr. Eleuterio González del 2016 a junio del 2024, sin incluir a individuos con expediente clínico incompleto. Se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos, endoscópicos y desenlace intrahospitalario.

Resultados: Se incluyó a 34 pacientes. La mediana de edad fue de 27 (21-43) años con predominio del sexo masculino (59%). Hasta 19 (58%) pacientes tenían antecedente de consumo de alcohol, 12 (36%) de tabaco y 13 (39%) de otras sustancias. Veintiocho (85%) tuvieron intención suicida y 19 (56%) antecedentes psiquiátricos conocidos. Predominó la ingestión de álcalis en 20 (59%) pacientes, ácidos en 12 (35%), uno de formaldehído y uno de un compuesto no especificado. Agentes con mayor ingestión accidental: cloro con 14 (44%) y ácido muriático con 12 (35%). Los síntomas comunes fueron dolor abdominal en 24 (71%) pacientes, vómito en 23 (68%), sangrado del tubo digestivo en 16 (47%), intolerancia a la vía oral en 10 (29%) y aspiración en 4 (12%). Hasta 9 (27%) requirieron intubación orotraqueal al ingreso. Los hallazgos endoscópicos se describen en la **Tabla 1**. Se administraron inhibidores de la bomba de protones en todos los casos y esteroides en solo 3 (9%). En cuanto a las complicaciones, 2 (6%) individuos desarrollaron neumonía intrahospitalaria y 1 (3%) infección por *C. difficile*. En total, 2 (6%) personas fallecieron. Se realizó análisis comparativo entre episodios clínicos y daños endoscópicos y se identificó significancia estadística entre la aspiración y el hallazgo de Zargar IIIb (OR, 19; IC95%, 1,6-237; p = 0,021), aspiración y necrosis duodenal (OR, 28; IC95%, 1,7-258; p = 0,033) e intubación orotraqueal y Zargar IIIb (OR, 14; IC95%, 2-101; p = 0,007).

Conclusiones: En este estudio, la ingestión de cáusticos predominó en adultos jóvenes, con una proporción significativa de comorbilidades psiquiátricas y relacionada con intención suicida, similar a lo informado en las publicaciones internacionales. La endoscopia resultó normal en casi una tercera parte de los pacientes, pero una cuarta parte reveló úlceras profundas, circunferenciales o áreas de necrosis. Este daño tisular puede relacionarse con el tipo y la cantidad del cáustico ingerido. En esta población, los pacientes no asistieron a seguimiento y por tanto no se dispone de datos objetivos sobre complicaciones a mediano y largo plazos; se infiere la ausencia de estas. La ingestión de cáusticos accidental en adultos predomina en pacientes con trastornos psiquiátricos y es un problema de salud pública poco estudiado; representa un área de oportunidad para su documentación y desarrollo de estrategias para su prevención.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos. (Mar362)			
	Número de pacientes		Número de pacientes
Zargar 0	11 (32%)	Bulboduodenitis erosiva	10 (29%)
Zargar I	5 (15%)	Gastritis erosiva	6 (18%)
Zargar IIA	8 (24%)	Necrosis gástrica	4 (12%)
Zargar IIB	3 (9%)	Necrosis duodenal	3 (9%)
Zargar IIIA	0		
Zargar IIIB	7 (25%)		
Zargar IV	0		

Mar363

DIFERENCIA EN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON ACALASIA TIPO II CON PRESIONES FOCALES ELEVADAS VS. SIN PRESIONES FOCALES ELEVADAS

K. M. Romero-Osuna, M. C. Rodríguez-Leal, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Se han identificado subgrupos dentro de la acalasia tipo II que muestran patrones variables de presión incrementada dentro de las bandas de presurización panesofágica en la manometría de alta resolución (MAR), incluidas presiones de compresión elevadas. Se ha definido la presión focal elevada como un área o segmento de presurización ≥ 70 mmHg dentro de la banda de presurización panesofágica, pero sin exceder la longitud de la banda panesofágica en dos o más tragos en los que el cuerpo esofágico hace contacto con el catéter de manometría de alta resolución. De acuerdo con estudios recientes se ha propuesto que la acalasia tipo II con presiones focales elevadas puede representar un subgrupo en el cual existe un engrosamiento y espasticidad, en particular de la musculatura esofágica circular, lo que genera contracciones que ocuyen la luz y se asemejan más a la acalasia espástica (tipo III). Estos hallazgos pueden tener implicaciones importantes en las estrategias terapéuticas.

Objetivo: Analizar si existe diferencia en la respuesta al tratamiento quirúrgico en los pacientes con acalasia tipo II y presiones focales elevadas en relación con la ausencia de presiones focales elevadas.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo, en el cual se incluyó a un total de 23 pacientes valorados en el departamento de gastroenterología en la UMAE No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste IMSS, Monterrey, Nuevo León.

Resultados: Se evaluó a un total de 23 pacientes, de los cuales el 65% correspondió a mujeres, con una media de edad de 55 años ($\pm 13,64$), una puntuación de Eckardt prequirúrgica promedio de 9 ($\pm 2,57$) y dilatación esofágica promedio de 4,7 cm ($\pm 1,42$) en el esofagograma. El 100% de los pacientes se diagnosticó con acalasia tipo II mediante manometría esofágica de alta resolución (MAR) acorde a la clasificación de Chicago 4.0. Se obtuvo acceso a todos los archivos electrónicos de MAR y se permitió la búsqueda intencionada de presiones focales elevadas en dos o más tragos; se observó que 12 (52%) pacientes tenían presiones focales elevadas y 11 (48%) no. Todos los pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico con miotomía de Heller + funduplicatura tipo Dor o Toupet en la unidad y con posterioridad se evaluó la respuesta clínica con el sistema de puntuación de Eckardt en un periodo de seis meses (se consideró respuesta adecuada una puntuación ≤ 3). Con base en lo anterior se obtuvo un total de 19 (83%) pacientes con adecuada respuesta al tratamiento y 4 (17%) pacientes sin ella. Al analizar la variable de principal interés, es decir, la respuesta al tratamiento quirúrgico con la prueba de Fisher, se obtuvo un valor de p no significativo de 0,31.

Conclusiones: De acuerdo con este estudio se puede concluir que no existe diferencia en la respuesta al tratamiento quirúrgico regular con miotomía de Heller en los pacientes con acalasia tipo II y presiones focales elevadas en comparación con los pacientes sin estas.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar364

RELACIÓN ENTRE EL SÍNTOMA INICIAL Y EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL CENTRO DE MÉXICO CON ACALASIA

S. A. Vera-Nungaray, C. S. Tinitana-Jumbo, A. Etchegaray-Dondé, F. Higuera-Hidalgo, F. Higuera-De-la-Tijera, P. M. Diego-Salazar, K. Cazarín-Chávez, G. Rangel-Zavala, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La acalasia es uno de los trastornos primarios de la motilidad del esófago más estudiados; sin embargo, a pesar del aumento de pruebas diagnósticas, existe aún en México un retraso notable entre el inicio de los síntomas y la detección de la enfermedad.

Objetivo: Identificar la posible correlación entre el síntoma inicial y el tiempo de diagnóstico de acalasia en pacientes que acuden a consulta al servicio de consulta externa de gastroenterología y cirugía del tracto digestivo superior del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en el que se incluyó a 197 pacientes con diagnóstico de acalasia que consultaron al servicio de gastroenterología y cirugía del tracto digestivo superior. Se preguntó por el síntoma inicial y se contabilizó el tiempo de inicio de los síntomas hasta el diagnóstico. Se utilizaron SPSS versión 25 para el análisis de datos y estadística descriptiva (media y desviación estándar) para los meses de duración antes del diagnóstico de acalasia; dentro de la estadística inferencial para explorar la relación se emplearon razón de momios y ji cuadrada. Se consideró una significancia estadística con un valor de $p < 0,05$ (IC95%).

Resultados: Hasta 90 de los 197 pacientes (46%) con diagnóstico de acalasia no refirieron síntomas iniciales. Entre los resultados debe destacarse que los pacientes con regurgitación como síntoma inicial tuvieron 4,72 veces más riesgo de un diagnóstico de acalasia luego de 12 meses del inicio de los síntomas respecto de aquellos que no iniciaron con regurgitación (OR, 4,721; IC95%, 1,820-12,246; $p = 0,001$). Asimismo, estos pacientes mostraron 12,51 veces más riesgo de tener un diagnóstico de acalasia tras 36 meses en comparación con aquellos que no iniciaron con regurgitación (OR, 12,514; IC 95%, 5,097-30,725; $p \leq 0,001$). La disfagia no posee una vinculación con el diagnóstico de acalasia posterior a 12 meses (OR, 0,594; IC95%, 0,310-1,137; $p = 0,114$) ni a los 36 meses (OR, 0,967; IC95%, 0,434-2,158; $p = 0,935$). Los resultados se resumen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos puede notificarse una relación significativa entre la regurgitación como síntoma inicial de acalasia con un retraso diagnóstico significativo, lo cual puede deberse a un diagnóstico erróneo de enfermedad por reflujo gastroesofágico, aunado a la falta de realización oportuna de estudios complementarios y envío oportuno a centros de referencia para esta afección.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar365

DESCRIPCIÓN DE LA RESPUESTA CONTRÁCTIL DEL ESFÍNTER ANAL POSTERIOR AL REFLEJO RECTOANAL INHIBITORIO EN SUJETOS CON ESTREÑIMIENTO

J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, A. L. Ordoñez-Vázquez, M. F. García-Cedillo, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El esfínter anal (EA) está regulado por diversos mecanismos neuromusculares y desempeña un papel crucial en la continencia. El reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI) es un fenómeno fisiológico que se activa durante la distensión rectal, con exposición del contenido rectal al anodermo y generación de umbrales sensitivos, incluido el deseo de defecar. Existe una respuesta contráctil del EA posterior a la recuperación del RRAI, con elevación de la presión del EA tras la desinsuflación del balón rectal en la manometría anorrectal de alta resolución (MAAR).

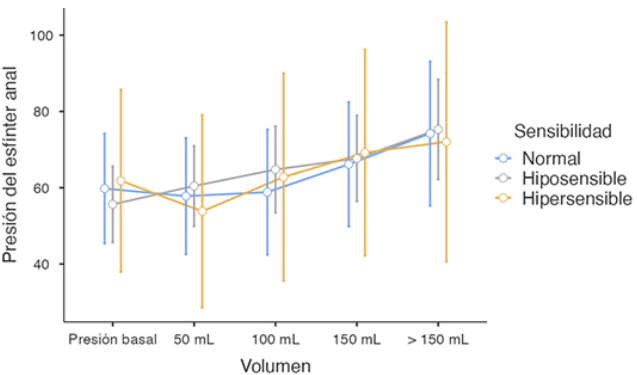
Objetivo: Caracterizar esta respuesta contráctil en pacientes evaluados con MAAR por estreñimiento.

Material y métodos: Estudio transversal analítico de MAAR conducido de julio de 2017 a junio de 2024. Se incluyó a pacientes > 18 años con estreñimiento.

Se registraron los datos demográficos, comorbilidades y resultados de la MAAR. La medición de la respuesta contráctil se llevó a cabo durante la evaluación sensitiva de la MAAR. Luego de la aparición de RRAI se registró el incremento de la actividad contráctil de la localización topográfica del EA durante los 60 segundos posteriores a la desinsuflación, con uso del *smart-mouse* del software Mano-View AR, y se ajustó la insuflación del balón (baja, 10-50 mL; moderada, 60-100 mL; alta, 110-150 mL; y muy alta, > 150 mL). Se usaron estadísticas descriptivas y ANOVA de medidas repetidas con corrección de Greenhouse-Geisser; el programa empleado fue Jamovi 2.3.28 para Mac OS.

Resultados: Se analizó a 88 pacientes, con 66 (75%) mujeres, mediana de edad de 57,5 (45, 73) años y media de IMC de 24,9 ($\pm 4,05$) kg/m². La mediana de volumen para la primera sensación fue de 20 (10-30) mL, sensación constante de 50 (40-70) mL, deseo defecatorio de 85 (60-110) mL, urgencia defecatoria de 150 (130-200) mL y aparición del RRAI de 30 (20-50) mL. Se diagnosticó un esfínter anal normotenso en 59 (67%), hipotenso en 28 (31,8%) e hipertenso en 1 (1,1%), normocontráctil en 39 (44,3%), hipocontráctil en 39 (44,3%) e hipercontráctil en 10 (11,4%). En 71 (80,7%) sujetos se registró un patrón defecatorio disinérgico, y el tipo I fue el más frecuente en 36 (40,9%), seguido del tipo II en 15 (17%). La sensibilidad rectal se encontró normal en 34 (38,6%) de los pacientes, hiposensible en 29 (33%) e hipersensible en 25 (28,4%). La prueba de expulsión del balón fue positiva en 29 (44,3%) pacientes. La media de presión en reposo fue de 56,5 ($\pm 21,7$) y la posterior a la insuflación con bajo volumen fue de 61 ($\pm 24,9$), con moderado volumen de 64,7 ($\pm 26,3$), con alto volumen de 71,1 ($\pm 27,1$) y con muy alto volumen de 73,8 ($\pm 30,4$). En la ANOVA de medidas repetidas (**Figura 1**) se encontró una diferencia significativa entre las presiones posinsuflación respecto de la presión en reposo ($F = 5,320$; $p = 0,005$); al evaluar el diagnóstico de sensibilidad rectal como factor entre sujetos no se hallaron diferencias significativas entre grupos ($F = 0,398$; $p = 0,826$).

Figura 1. Gráfica de medias marginales de presión basal y posinsuflación de cuatro categorías de volumen. Las barras de error representan el IC95%. (Mar365)



Conclusiones: La presión del EA experimenta una elevación significativa tras la desinsuflación del balón rectal en sujetos con estreñimiento de manera independiente al diagnóstico de sensibilidad rectal. Se requieren más estudios para caracterizar esta respuesta y definir su papel en la fisiopatología de la continencia y la defecación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Relación entre el síntoma inicial y el tiempo de diagnóstico de acalasia. (Mar364)											
Síntoma inicial	n	Media (tiempo de diagnóstico en meses)	DE	OR (12 meses)	Min/máx	IC	p	OR (36 meses)	Min/máx	IC	p
Disfagia	51	26,96	46,9	0,594	(0,31-1,13)	95%	0,114	0,967	(0,43-2,15)	95%	0,935
Regurgitación	28	57,46	60,5	4,721	(1,82-12,24)	95%	0,001	12,514	(5,09-30,72)	95%	< 0,001
Dolor Torácico	20	33,7	35,2	1,324	(0,52-3,35)	95%	0,553	1,844	(0,65-5,15)	95%	0,238
Otros síntomas	8	19,63	16,4	1,055	(0,25-4,34)	95%	0,941	1,351	(0,26-6,96)	95%	0,718

Nota: otros síntomas son pirosis, singulto, vómito, halitosis, neumonía, odinofagia, hipo, sialorrea, tos e insomnio.

Mar366

EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO ESCALONADO EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

L. I. Gallardo-González, Y. M. Velasco-Santiago, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El estreñimiento funcional (EF) es un trastorno digestivo caracterizado por evacuaciones difíciles, infrecuentes o incompletas, con múltiples opciones terapéuticas disponibles. El tratamiento escalonado, el cual se inicia con un fármaco único (FU) y luego se combina con otro fármaco (FC) en pacientes que no muestran mejoría, no se ha evaluado en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la efectividad del uso del FU y el FC en pacientes con EF.

Material y métodos: Se evaluó de forma retrospectiva a una cohorte de 65 pacientes ($54,62 \pm 12,79$ años, 80% mujeres) con EF, de acuerdo con los criterios de Roma IV, referidos a este servicio de junio del 2021 a abril del 2024. Se ponderaron la efectividad del tratamiento escalonado (aumento de las defecaciones por semana y ausencia de criterios Roma IV y molestias subjetivas del paciente) y los efectos adversos a la segunda y tercera consultas en pacientes que lo requirieron. Los datos expresan el promedio $\pm$ DE o porcentajes, según correspondiera. Las diferencias se analizaron con las pruebas ji cuadrada o t de Student pareada y no pareada, según correspondiera ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Un número de 38 (58%) pacientes mostró efectividad completa con el FU (polietilenglicol o *Psyllium plantago*) con un aumento de la frecuencia de defecaciones de $2,68 \pm 1,85$ a $6,87 \pm 0,81$ veces por semana ($p < 0,01$). Aunque los 27 pacientes restantes mejoraron sus defecaciones por semana ($1,9 \pm 1,33$ vs. $4,19 \pm 2,63$, $p < 0,01$), el 70% aún mostró criterios de Roma IV positivos y el restante 30% señaló molestias subjetivas. Se les agregó un segundo fármaco (prucaloprida, polietilenglicol o *Psyllium plantago*). En la tercera consulta, el 100% de los pacientes se curó ($6,22 \pm 1,67$ evacuaciones por semana, sin criterios de Roma IV ni molestias subjetivas). No hubo diferencias en el sexo (82% vs. 78% mujeres, $p = 0,7$), la edad ($55,66 \pm 12,59$ vs. $53,15 \pm 13,17$, $p = 0,4$), ni en los efectos adversos (sin efectos [53% vs. 33%], meteorismo [5% vs. 19%], dolor abdominal tipo cólico [13% vs. 15%], diarrea [5% vs. 0%], distensión abdominal [24% vs. 33%], $p = 0,2086$) entre los grupos FU o FC, respectivamente. Todos los pacientes terminaron ambos tratamientos.

Conclusiones: Estos hallazgos muestran la efectividad y los efectos adversos del tratamiento escalonado para el EF en la población mexicana. La fibra soluble y los laxantes osmóticos como el FU de primera línea en monoterapia muestran una adecuada respuesta en más del 50% de los casos. La combinación de estos fármacos parece una estrategia efectiva en los pacientes con falla al primer tratamiento, sin efectos adversos graves.

Financiamiento: Los autores declaran no contar con financiación externa.

Mar367

ESCALA EAT-10 COMO HERRAMIENTA PARA EL CRIBADO DE DISFAGIA ESOFÁGICA EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

A. Y. Ávila-Franco, E. A. San Vicente-Parada, R. Guirao-Pérez, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, V. R. Galán-Luna, Hospital Juárez de México

Introducción: La disfagia es un síntoma secundario a múltiples afecciones y se clasifica desde el punto de vista anatómico en orofaríngea y esofágica. El abordaje diagnóstico es complejo e implica la realización de pruebas invasivas con baja disponibilidad, por lo que la aplicación de herramientas de cribado como el *Eating-Assessment Tool-10* (EAT-10) permitiría optimizar la detección y el tratamiento de pacientes con riesgo de disfagia esofágica. Este cuestionario ha demostrado ser accesible y efectivo en términos del costo; sin embargo, en la actualidad no se dispone de estudios que comparen sus resultados con la manometría esofágica de alta resolución.

Objetivo: Determinar la utilidad de la escala EAT-10 como herramienta de cribado para disfagia esofágica en comparación con los hallazgos manométricos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a adultos que acudieron a valoración al servicio de gastroenterología del Hospital Juárez de México en el periodo de diciembre de 2023 a junio de 2024 por síntomas de disfagia. Se excluyó a los pacientes con alteraciones cognitivas, diagnóstico de enfermedades neurodegenerati-

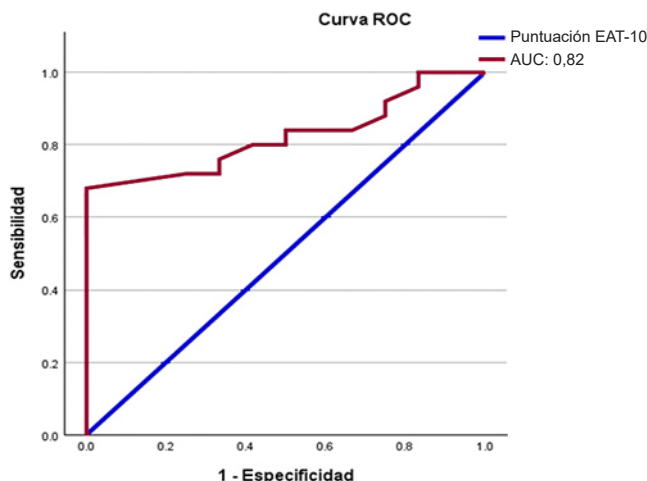
vas y vasculares cerebrales, enfermedades de la unión neuromuscular y antecedentes de cáncer de cabeza y cuello. Todos contaban con endoscopia superior y biopsias, sin evidencia de alteraciones anatómicas e histopatológicas. Con posterioridad, a los individuos que aceptaron participar en el estudio se les aplicó el cuestionario EAT-10, con un punto de corte ≥ 3 puntos para riesgo de disfagia. Después se realizó la manometría esofágica de alta resolución según los lineamientos establecidos en el consenso de Chicago v4.0, en posición primaria vertical. Para determinar la utilidad del cuestionario se construyó una curva ROC y se empleó el cálculo de sensibilidad y especificidad de la prueba.

Resultados: Se incluyó a un total de 37 pacientes con una edad media de 51,8 años. El 70,2% (26) de la población se integró con el sexo femenino y el 29,8% (11) con el masculino. La puntuación media obtenida del cuestionario EAT-10 fue 23,1 y el total de pacientes se clasificó con riesgo de disfagia (≥ 3 puntos). Con los resultados de la manometría esofágica se identificó una proporción de 67,5% (25) de estudios con resultados patológicos de acuerdo con los criterios de Chicago 4.0 y una de 45,9% (12) sin alteraciones motoras esofágicas. Las acalasia tipos II y I fueron los padecimientos identificados con mayor frecuencia en un 32% (8) y 28% (7), respectivamente. Después, con objeto de determinar el rendimiento de la prueba como método de cribado para disfagia esofágica en comparación con los resultados de la manometría, se realizó la construcción de una curva ROC (Figura 1) y se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,82 (IC95%, 0,69-0,95). A partir de estos resultados se calculó el índice de Youden, se identificó un valor ≥ 25 como el mejor punto de corte para esta población y se determinó una sensibilidad del 68% y especificidad del 100%, valor predictivo negativo (VPN) de 60% y valor predictivo positivo (VPP) del 100%.

Conclusiones: El cuestionario EAT-10 es una herramienta eficaz para el cribado de disfagia esofágica, al revelar una alta especificidad y valor predictivo positivo, si bien con una sensibilidad moderada del 68%. Esto indica que el EAT-10 puede identificar adecuadamente a los pacientes con riesgo de disfagia esofágica, lo que permite optimizar la detección y el tratamiento.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Curva ROC y área bajo la curva (AUC). (Mar367)



Mar368

DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LA CLASIFICACIÓN DE ACALASIA SEGÚN CHICAGO 4.0 Y LOS SUBTIPOS DE ACALASIA TIPO II CON PRESIÓN FOCAL O PRESURIZACIÓN PANESOFÁGICA DE 70 MMHG

F. A. Félix-Téllez, J. L. Vargas-Basurto, R. A. Jiménez-Castillo, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, H. R. Ordaz-Álvarez, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: En el Consenso de Chicago 4.0 se indica que la población con acalasia (AC) tipo II y presurización panesofágica (PPE) > 70 mmHg tiende a experimentar una mayor gravedad sintomática. Hoy en día existe la propuesta

de clasificar la AC tipo II en cuatro grupos: pacientes con un fenotipo típico con PPE > 30 mmHg, un subtipo de presión focal (FEP, por sus siglas en inglés), uno con presurización panesofágica > 70 mmHg (PEP, por sus siglas en inglés) y uno con ambos patrones de presurización > 70 mmHg (FEP/PEP).

Objetivo: Determinar la posible existencia de diferencias en las características clínicas y gravedad sintomática entre los subtipos de AC, incluidas las nuevas propuestas de tipificación de acalasia tipo II-FEP, PEP y FEP/PEP.

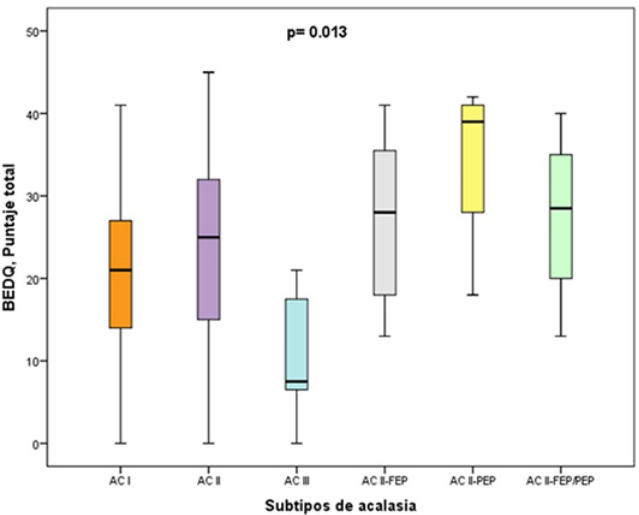
Material y métodos: Se realizó un estudio ambispectivo de corte transversal con delimitación temporal del 2017-2024, en el cual se estudió a la población diagnosticada con AC durante su valoración en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. La población se clasificó en seis grupos: AC tipo I, AC tipo II típica, AC tipo II-FEP, AC tipo II-PEP, AC tipo II-FEP/PEP y AC tipo III. Se registraron características sociodemográficas, así como los síntomas, BEDQ y Eckardt. Se llevó a cabo un análisis comparativo con χ^2 para comparar la proporción sintomática de regurgitación, dolor torácico, tos y disfagia entre los grupos. También se utilizó una prueba ANOVA para la comparación de la puntuación de BEDQ y Eckardt entre los seis grupos.

Resultados: Se incluyó a un total de 80 pacientes con edad media de 53 ± 17 años y predominio del sexo masculino ($n = 44$, 55%). El subtipo de AC más frecuente fue AC tipo II ($n = 35$, 43,8%) seguido por AC tipo I ($n = 22$, 27,5%), AC tipo III ($n = 8$, 10%), AC tipo II-FEP ($n = 7$, 8,8%), AC tipo II-PEP ($n = 4$, 5,0%) y AC tipo II FEP-PEP ($n = 4$, 5,0%). Al valorar las características clínicas de AC se encontró que el fenotipo de AC tipo II-FEP es frecuente en la población de mayor edad ($62,7 \pm 17,4$ años) y menor IMC ($22,7 \pm 3$ kg/m²), además de que el subgrupo AC fue el que muestra con mayor frecuencia síntomas obstructivos, como disfagia ($n = 7$, 100%) y dolor torácico ($n = 7$, 100%). Al valorar la gravedad sintomática se encontró que el subtipo de AC tipo II-PEP tenía disfagia más grave en comparación con el resto de los subtipos, con una diferencia estadísticamente significativa (BEDQ, $34,5 \pm 11,1$; $p = 0,013$) (Figura 1).

Conclusiones: Es de relevancia clínica subclasificar a la AC tipo II, ya que el subtipo AC tipo II-FEP revela síntomas obstructivos con mayor frecuencia y la AC tipo II-PEP es el subgrupo con disfagia de mayor gravedad. Se necesitan más estudios para determinar si estos subgrupos se benefician de alguna intervención terapéutica específica.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Figura 1. Gravedad sintomática de los diferentes subtipos de acalasia (BEDQ). (Mar368)



Mar369

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO MASIVA

J. A. Velarde-Ruiz Velasco, F. A. Félix-Téllez, A. N. Vázquez-Godínez, K. García-Ruiz, L. M. Cruz-Rodríguez, E. S. García-Jiménez, D. K. Tapia-Calderón, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La hemorragia del tubo digestivo superior se clasifica actualmente de acuerdo con su origen en no variceal y variceal; sin embargo, existe

la clasificación de la hemorragia del tubo digestivo superior masiva (HSM). La terminología de esta propuesta de clasificación es heterogénea y varía según sea la definición propuesta por múltiples sociedades. En consecuencia, existe poca evidencia científica respecto de esta propuesta de clasificación, motivo por el cual surge el interés por conducir este estudio en la población mexicana.

Objetivo: Describir las características clínicas y endoscópicas de la HSM.

Material y métodos: Se efectuó un estudio de corte transversal en el periodo de enero de 2022 a mayo de 2024 que incorporó a la población que ingresó con hemorragia del tubo digestivo superior. Los sujetos se clasificaron en dos grupos: HSM (presión arterial sistólica < 90 mmHg, frecuencia cardíaca > 110 o requerimiento ≥ 4 paquetes globulares) y ausencia de HSM. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y endoscópicos de la población estudiada. Para comparar ambos grupos se realizó un análisis comparativo con la prueba χ^2 . Las variables continuas de distribución se efectuaron con la prueba de Shapiro-Wilk y la igualdad de varianzas con Levene para luego someter las variables a una comparación de medias con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyó a un total de 131 pacientes con edad media de 60 ± 16 años y predominio del sexo masculino ($n = 87$, 66,4%). La población estudiada se clasificó en los grupos ya descritos: HSM ($n = 81$, 61,8%) y ausencia de HSM ($n = 50$, 38,2%). Al comparar a ambos grupos se encontró que solo los pacientes con HSM tenían hipotensión a su ingreso a la sala urgencias (HSM, hipotensión: 38,2% vs. ausencia de HSM; hipotensión: 0,0%, $p \leq 0,001$), tacto rectal con restos hemáticos (TRRH) con mayor frecuencia (HSM, TRRH: 83,0% vs. ausencia de HSM, TRRH: 12,0%, $p \leq 0,001$). Al valorar los hallazgos endoscópicos se encontró una tendencia no significativa de la causa por varices gástricas (HSM, varices gástricas: 9,8% vs. ausencia de HSM, varices gástricas: 4,00%, $p = 0,218$). Al valorar la evolución hospitalaria se identificó una mayor mortalidad intrahospitalaria en HSM (HSM, mortalidad intrahospitalaria: 22,2% vs. ausencia de HSM, mortalidad intrahospitalaria: 4,0%, $p = 0,005$) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo superior masiva. (Mar369)

	Masiva (n = 81)	No masiva (n = 50)	p
Demográficos			
Edad, años (DS)	59 (16)	61 (15)	0,466
Hombre	55 (67,9)	32 (64,0)	0,646
Mujer	26 (32,0)	18 (36,0)	0,646
Comorbilidades			
Tabaquismo	34 (41,9)	13 (26,0)	0,527
Diabetes tipo 2	22 (27,1)	13 (26,0)	0,884
Hipertensión arterial sistémica	29 (35,8)	18 (36,0)	0,982
Enfermedad renal crónica	10 (12,3)	2 (4,00)	0,108
Cardiopatía	5 (6,17)	2 (4,00)	0,591
Enfermedad autoinmunitaria	4 (4,93)	1 (2,00)	0,394
Cirrosis	23 (28,3)	18 (36,0)	0,364
Adenocarcinoma gástrico	1 (1,23)	1 (2,00)	0,792
Fármacos			
Antiinflamatorios no esteroideos	23 (28,3)	14 (28,0)	0,961
Acenocumarina	1 (1,23)	1 (2,00)	0,792
Clopidogrel	1 (1,23)	0 (0,00)	0,430
Anticoagulantes de acción directa	2 (2,46)	0 (0,00)	0,263
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina	3 (3,70)	2 (4,00)	0,931
Características clínicas al ingreso hospitalario			
Hipotensión	31 (38,2)	0 (0,00)	< 0,001
Taquicardia	34 (41,9)	15 (30,0)	0,169
Alteración del estado de alerta	11 (13,5)	5 (10,0)	0,543
Síncope	10 (12,3)	2 (4,00)	0,108
Tacto rectal positivo a hemorragia	68 (83,0)	6 (12,0)	< 0,001

Melena	57 (70,3)	40 (80,0)	0,330
Hematoquecia	7 (8,64)	2 (4,00)	0,308
Posos de café	17 (20,9)	17 (34,0)	0,725
Causas de la hemorragia			
Varices esofágicas	23 (28,3)	17 (34,0)	0,499
Varices gástricas	8 (9,8)	2 (4,00)	0,218
Esofagitis	11 (13,5)	13 (26,0)	0,074
Úlcera gástrica	27 (33,3)	35 (70,0)	< 0,001
Úlcera duodenal	17 (20,9)	19 (38,0)	0,034
Lesión de Dieulafoy	2 (2,46)	0 (0,00)	0,263
Úlceras de Cameron	1 (1,23)	2 (4,00)	0,295
Desgarro de Mallory-Weiss	3 (3,70)	4 (8,00)	0,288
Evolución y complicaciones			
Lesión renal aguda	20 (24,6)	11 (22,0)	0,725
Coagulopatía	4 (4,93)	0 (0,0)	0,111
Infección intrahospitalaria	11 (13,5)	6 (12,0)	0,730
Requerimiento transfusional	58 (71,6)	6 (12,0)	< 0,001
Recurrencia intrahospitalaria de sangrado	2 (2,46)	0 (0,00)	0,263
Mortalidad intrahospitalaria	18 (22,2)	2 (4,00)	0,005

Conclusiones: La HSM tiene características clínicas valorables desde un servicio de triage de urgencias médicas, lo que podría ayudar a estratificar a los pacientes desde una etapa temprana. Este grupo de pacientes con hemorragia digestiva tienen mayor mortalidad que aquellos que no cumplen dicho criterio, por lo que se necesitan más estudios para determinar si existen herramientas de detección oportuna u opciones terapéuticas que beneficien a este grupo de enfermos.

Financiamiento: No se requirió financiamiento para la realización de este estudio.

Mar370

COMPARACIÓN ENTRE DISTINTAS ESCALAS PARA PREDECIR MORTALIDAD EN PACIENTES CON ERC TERMINAL Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

J. M. Aldana-Ledesma, M. L. Alcántar-Vallín, J. L. Cardona-Torres, K. García-Ruiz, H. M. Fonseca-Ron, D. K. Tapia-Calderón, A. Guzmán-Lepe, M. Lazcano-Becerra, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalaajara

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HTDA) es todavía una de las principales causas de ingreso hospitalario. En las guías internacionales se recomienda estratificar el riesgo de acuerdo con las comorbilidades para normar la conducta del tratamiento; sin embargo, ninguna se ha validado en pacientes con ERC terminal (ERCT), ya que son pacientes complejos por la presencia de alteraciones fisiopatológicas que pueden modificar negativamente el desarrollo y desenlace de la HTDA.

Objetivo: Determinar la mejor escala para predecir la mortalidad en pacientes con ERCT y HTDA.

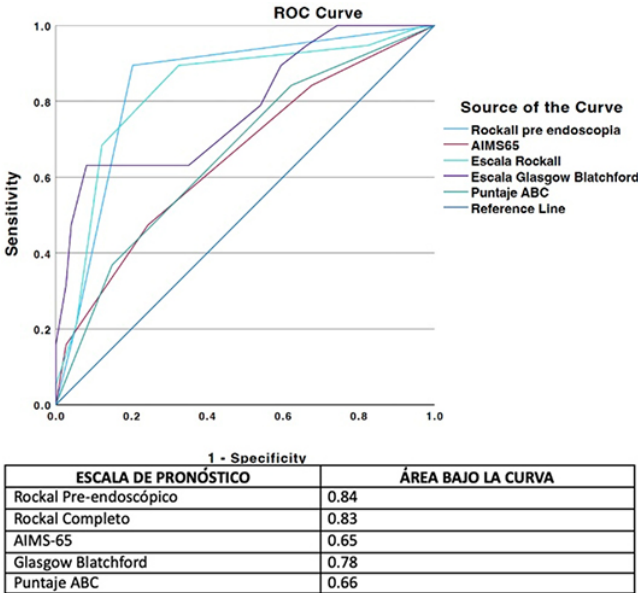
Material y métodos: Pacientes con ERCT que tenían HTDA durante su estancia hospitalaria en el servicio de nefrología del HCFAA de julio del 2021 a abril del 2024. Tipo de estudio: analítico retrospectivo de corte transversal. Variables analizadas: edad, género, tratamiento transfusional, estudios paraclínicos generales, consumo de fármacos, escalas de pronóstico (Glasgow-Blatchford, Rockall preendoscópico, Rockall completo, AIMS-65 y escala ABC) y mortalidad. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media (DE), mediana (RIQ); y se usaron las pruebas t de Student, ji cuadrada, Fisher o U de Mann-Whitney para comparar entre grupos, según correspondiera. Se realizó curva ROC para determinar el rendimiento de las escalas para predecir la mortalidad, así como cálculo de sensibilidad (S), especificidad (E) y razón de momios (LR).

Resultados: Se incluyó a 93 pacientes, 38,7% de ellos hombres, con edad media de 46 años; 56,9% de los pacientes se encontraba en hemodiálisis (HD), 39,7% en diálisis peritoneal (DP) y tres sin tratamiento de sustitución renal. El 84% tenía HAS, el 38% DT2 y el 6,5% ICC. El 11,8% consumía AINE, el 63,4% furosemida, el 57% antagonistas del calcio, el 52% betabloqueadores, el 35,5% ARA-II y el 6% IECA. Tres pacientes desarrollaron cirrosis hepática. El 55,9% requirió transfusión con hemoderivados, con una media de 3 PG por paciente. La mortalidad fue de 20,4%. En la curva ROC (Figura 1), la puntuación con mejor área bajo la curva para predecir la mortalidad fue la escala Rockall preendoscópica (AUC, 0,84), seguido del Rockall completo (AUC, 0,83), y posteriormente la escala de Glasgow-Blatchford (AUC, 0,78); los peores rendimientos se observaron con las escalas AIMS-65 (AUC, 0,65) y ABC (AUC, 0,66). En la escala Rockall preendoscópica, una puntuación > 3 tuvo una S del 89%, E del 80% y un LR+ de 4,4 para predecir mortalidad; la escala de Rockall completa (> 5) tuvo S de 68% y E de 87%. Al utilizar en la escala de Rockall una puntuación > 4, la S fue de 89% y la E de 67% para predecir la mortalidad.

Conclusiones: La escala de Rockall preendoscópica posee el mejor rendimiento diagnóstico para predecir la mortalidad en pacientes con ERC terminal y HTDA. La puntuación de la escala ABC mostró el peor rendimiento.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Curva ROC para predicción de mortalidad en pacientes con ERCT y HTD. (Mar370)



Mar371

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL EN TRATAMIENTO CON NEUROMODULADOR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE PUEBLA

I. D. Espinoza-Villalobos, S. Herrera-Gómez, G. López-Urbina, A. Galindo-Félix, J. J. Durán-Castro, A. D. Lugo-García, J. A. Ortega-Tecuatl, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La dispepsia funcional es uno de los trastornos del eje cerebro-intestino más prevalentes en el mundo y se define como un síndrome caracterizado por malestar epigástrico crónico y recurrente y diversos síntomas, como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, plenitud posprandial, eructos y náusea. El consenso de Roma IV la subdivide en dos grupos: síndrome de incomodidad posprandial y síndrome de dolor epigástrico. Esta entidad tiene un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Se han informado alteraciones de la función neurológica y gástrica en la patogenia de los síntomas en esta entidad, por lo que los agentes que modifiquen esta función se consideran terapéuticos. Dentro de estos neuromoduladores figuran los

fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepressivos tricíclicos, entre otros compuestos.

Objetivo: Valorar la calidad de vida en pacientes con dispepsia funcional antes y después de iniciar el tratamiento neuromodulador en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Puebla para determinar si el tratamiento neuromodulador tiene un efecto significativo en la calidad de vida de estos pacientes.

Material y métodos: Los análisis de datos se realizaron con el programa IBM SPSS software, en el cual se determinó que la población tuvo una distribución libre con base en la fórmula de Kolmogorov-Smirnov, por lo que los datos de medición se informan como media y desviación estándar. Se compararon ambos grupos con la prueba t de Student y un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Un número de 14 pacientes no mostró apego al tratamiento neuromodulador y por ello al final se incluyó a 46 pacientes. A la semana ocho, el tratamiento con fármacos neuromoduladores redujo de manera significativa las puntuaciones medias de gravedad en el formato corto del índice Nepean de dispepsia funcional, en comparación con la semana 0 o antes del inicio del tratamiento neuromodulador ($p = 0,01$).

Conclusiones: El tratamiento farmacológico con neuromoduladores no solo mejora los síntomas relacionados con dispepsia funcional, sino también la calidad de vida de manera significativa. El probable mecanismo por el que los neuromoduladores tienen este efecto en los síntomas de la dispepsia funcional es su acción sobre la regulación del eje cerebro-intestino.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar372

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA Y TASA DE DETECCIÓN DE DISPLASIA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

A. Sáenz-Araiza, A. L. Osorio-Núñez, L. A. Rosales-Rentería, C. Salcido-Yáñez, G. F. Pérez-Roa, J. D. Prieto-Nava, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM, Toluca

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es una alteración en la cual el revestimiento del esófago se reemplaza por un tipo de revestimiento similar al del intestino, lo que puede causar displasia y adenocarcinoma esofágico. Es esencial identificar la tasa de detección de la displasia en pacientes con esófago de Barrett y comprender los factores de riesgo relacionados para mejorar los resultados de los pacientes. Este estudio se realizó en el Centro Médico ISSEMyM Toluca, en Metepec, México, para determinar la tasa de detección de displasia e identificar los factores vinculados con la displasia en pacientes con esófago de Barrett.

Objetivo: Determinar la tasa de detección de displasia en este hospital e identificar los factores relacionados con la displasia mediante análisis de regresión logística.

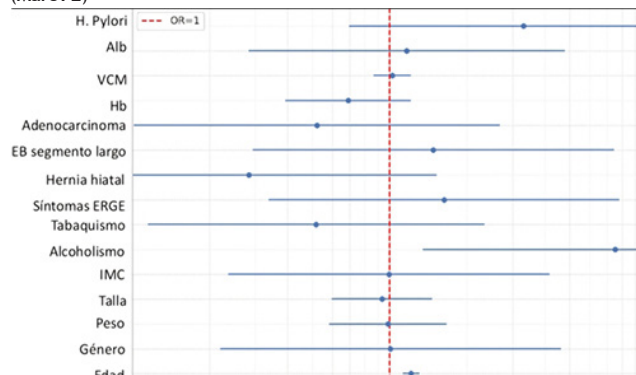
Material y métodos: Este estudio retrospectivo revisó los registros de pacientes desde 2019 hasta 2024. Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados con esófago de Barrett en quienes se practicó biopsia. Se recopilaron datos sobre las características demográficas, clínicas y los resultados de las biopsias de los pacientes. La displasia se categorizó como ausente o displasia de bajo o alto grado. Se simulon datos adicionales para identificar factores estadísticamente significativos vinculados con la displasia.

Resultados: La tasa de detección de displasia fue de 11,76%. Se analizaron factores como la edad, el consumo de alcohol y la infección por *Helicobacter pylori* para su nexo con la displasia. El análisis de regresión logística de los datos simulados reveló que la edad (OR, 1,21; IC95%, 1,12-1,31; $p < 0,001$) y el consumo de alcohol (OR, 7,51; IC95%, 1,35-41,92; $p = 0,021$) se acompañaron significativamente de un mayor riesgo de displasia (Figura 1). Aunque la infección por *Helicobacter pylori* y la clasificación de Praga mostraron razones de momios elevadas, no alcanzaron datos estadísticamente significativos.

Conclusiones: La tasa de detección de displasia en el Centro Médico ISSEMyM Toluca es de 11,76%. La edad y el consumo de alcohol se identificaron como factores de riesgo significativos para la displasia en pacientes con esófago de Barrett. Estos hallazgos destacan la importancia de la vigilancia dirigida y la modificación de factores de riesgo en la atención de pacientes con esófago de Barrett. Se recomienda realizar más investigaciones con una muestra de mayor tamaño y variables adicionales para validar estos hallazgos y mejorar las estrategias terapéuticas de los pacientes.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Gráfica de bosque de OR con intervalo de confianza del 95%. (Mar372)



Mar373

DESEMPEÑO DE PACIENTES CON DISINERGIA DEFECATORIA UTILIZANDO UN TEST DE APRAXIA IDEOMOTORA MODIFICADO

A. Fuentes-Montalvo, J. S. Arenas-Martínez, A. L. Ordóñez-Vázquez, J. Zúñiga-Cisneros, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La disinergia defecatoria (DD) es un trastorno funcional que afecta a 20% a 81% de los pacientes con estreñimiento crónico y se caracteriza por alteraciones de la fuerza de propulsión rectal o relajación del piso pélvico, cuyo mecanismo fisiopatológico se desconoce. Se ha postulado que intervienen factores como falta de aprendizaje en la infancia o pérdida de la capacidad de ejecución durante la vida. La apraxia ideomotora implica la incapacidad para ejecutar voluntariamente tareas aprendidas, a pesar de mantener preservados los sistemas motor, sensorial y de comprensión y coordinación. No existen en la práctica clínica instrumentos para evaluar a los pacientes con DD, lo cual ha llevado a conducir este estudio piloto para evaluar la apraxia ideomotora en pacientes con DD.

Objetivo: Describir el desempeño de pacientes referidos a manometría anorrectal de alta resolución y diagnóstico de DD frente a una prueba de apraxia ideomotora modificada en comparación con voluntarios sanos (VS).

Material y métodos: Estudio exploratorio comparativo y transversal. Se incluyó de manera consecutiva a pacientes referidos a manometría anorrectal de alta resolución debido a estreñimiento y DD. Se invitó a participar a VS que negaron síntomas gastrointestinales o comorbilidad neurológica. La prueba de apraxia ideomotora modificada integra siete áreas con sus respectivos reactivos que evalúan la imitación de gestos, ejecución de un comando verbal, reconocimiento de gestos, descripción de un objeto real, ejecución de una actividad con un objeto real e imitación de la respiración torácica y diafragmática con puntuación mayor de 36 puntos. Un solo investigador aplicó la prueba a todos los participantes. Se recolectó información demográfica, clínica y del diagnóstico manométrico en el caso de los sujetos con DD. Las variables se resumieron con medianas, frecuencias y porcentajes. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y exacta de Fisher para comparar variables entre los dos grupos.

Resultados: Se incluyó a 21 pacientes con DD (16 mujeres [76%]) y edad promedio de 58,8 (DE $\pm 14,8$) años y a 15 VS (60% de mujeres) con una media de edad de 55,6 años (DE $\pm 14,4$). Participaron pacientes con los diferentes tipos de DD: 10 (48%) tipo I, 5 (24%) tipo II, 3 (14%) tipo III y 4 (14%) tipo IV. La mediana de las puntuaciones de la prueba de cada uno de los grupos con DD y voluntarios sanos pueden verse en la Tabla 1. Se encontraron diferencias significativas al compararse con VS en los reactivos de imitación de gestos, comando verbal, evaluación de gestos e imitación de respiraciones ($p < 0,05$). Los pacientes con DD registraron un promedio de la puntuación total de 26 ($\pm 1,97$) contra 32,3 ($\pm 3,85$) en VS ($p < 0,001$). Se identificó comorbilidad neurológica en 2 (9,5%) en DD, lo que representó las puntuaciones más bajas de la prueba (16 y 21 puntos).

Conclusiones: Los pacientes con DD tienen puntuaciones significativamente más bajas con este parámetro de apraxia ideomotora modificado en comparación con los VS. Este hallazgo sugiere una posible relación entre la apraxia

ideomotora y la DD, aunque la naturaleza de esta relación no se ha dilucidado del todo. Este estudio piloto destaca la importancia de incorporar evaluaciones neurológicas en pacientes con DD para una mejor comprensión de su fisiopatología y control. Además, sugiere que la apraxia ideomotora podría influir en la efectividad del tratamiento de biorretroalimentación, una intervención que requiere el aprendizaje de una destreza nueva para tratar la DD. Es necesario conducir estudios con muestras más grandes y diversificadas para confirmar estos hallazgos y explorar su efecto en las estrategias terapéuticas. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de las características y puntuaciones de voluntarios sanos con el grupo de pacientes con disinergia defecatoria. (Mar373)			
Característica	Grupo con voluntarios sanos n = 25 (54%)	Grupo con disinergia defecatoria n = 21 (46%)	p
Edad	55,6 (± 14,4)	58,8 (± 14,8)	0,467
Femenino	15 (60%)	16 (76%)	0,234
IMC	28,5 (25,6, 32)	25,6 (22,6, 28,1)	0,011
Comorbilidad neurológica	0	2 (9,5%)	1,000
Puntuación total de la prueba (36 puntos)	32,3 (± 3,85)	26 (± 1,97)	< 0,001
1. Imitación de gestos (0-8)	7 (6, 8)	4 (3, 7)	< 0,001
2. Comando verbal (0-8)	8 (8, 8)	6 (5, 6)	< 0,001
3. Reconocimiento de gestos (0-2)	2 (2, 2)	2 (2, 2)	0,126
4. Evaluación de gestos (0-4)	4 (2, 4)	2 (2, 2)	0,003
5. Descripción de objeto real (0-4)	4 (4, 4)	4 (4, 4)	0,383
6. Ejecución con objeto real (0-4)	4 (4, 4)	4 (4, 4)	0,126
7. Imitación de respiraciones (0-6)	5 (4, 6)	3 (2, 5)	0,010
Tipo de disinergia	1	0	10 (48%)
	2	0	5 (24%)
	3	0	3 (14%)
	4	0	3 (14%)

Mar374

DETECCIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE PATRONES MOTORES ANORRECTALES POR MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES REFERIDOS AL SERVICIO DE NEUROGASTROENTEROLOGÍA Y MOTILIDAD POR ESTREÑIMIENTO, INCONTINENCIA FECAL O DOLOR ANAL

L. Bolio-Lavalle, E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, Hospital Español

Introducción: El estreñimiento, la incontinencia fecal y el dolor anal son anomalías que deterioran la calidad de vida, aunque solo el 10% a 30% de los pacientes suelen referir sus síntomas al médico. La evaluación de un paciente con estos síntomas sin respuesta a la modificación del estilo de vida o a fármacos de primera línea debe incluir evaluación estructural y motora y sensorial anorrectal. Una de las pruebas diagnósticas más utilizadas para evaluar la función anorrectal, y que ha demostrado utilidad clínica, es la manometría anorrectal de alta resolución, la cual permite reconocer diferentes mecanismos causantes de enfermedades anorrectales, lo cual influye en las decisiones clínicas. **Objetivo:** Detectar y diferenciar los patrones motores anorrectales mediante manometría anorrectal de alta resolución. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo en pacientes referidos al servicio de neurogastroenterología y motilidad por estreñimiento, incontinencia fecal o dolor anal para

realización de manometría anorrectal de alta resolución entre enero de 2018 y mayo de 2024.

Resultados: Se incluyó a un total de 35 pacientes, de los cuales el 54,2% se refirió por estreñimiento, 28,5% por incontinencia fecal, 8,5% por dolor anal y otro 8,5% por dos o más de los anteriores. De los 19 pacientes con estreñimiento, el 89,4% (17 pacientes) contaba con una prueba de expulsión de balón negativa. En relación con la clasificación de Londres, un 63,1% no tenía anomalías en el tono, pero el 89,4% sufría anomalías de la coordinación, principalmente del tipo expulsión anormal con coordinación normal en 47,3%, seguido de expulsión anormal con disinergia en 31,5%. Los pacientes con incontinencia tenían en su mayor parte (70%) prueba de expulsión de balón negativa y, en cambio, se caracterizaron por presentar como principal trastorno de la coordinación el tipo expulsión anormal con disinergia, así como anomalías de la sensibilidad en el 80% de los pacientes (40% con hiposensibilidad y 40% con hipersensibilidad). Por último, de los individuos con dolor anal, el 100% padeció hipotonía, sin alteración sensorial. **Conclusiones:** La manometría anorrectal es la técnica más empleada para la detección de anomalías del esfínter anal, así como de la coordinación rectoanal, por lo que es fundamental para la evaluación de pacientes con estreñimiento, incontinencia fecal y dolor anal. Para su correcta interpretación se debe seguir el protocolo establecido por el *International Anorectal Physiology Working Group* (IAPWG). Existen tratamientos no farmacológicos como la biorretroalimentación, la cual es primordial en caso de tratarse de trastornos de la coordinación como la disinergia defecatoria, además de trastornos de la sensibilidad, por lo que es de vital importancia su identificación. **Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

Mar375

COMPARACIÓN DEL TRÁNSITO Y LA RETENCIÓN DEL BOLO ENTRE PACIENTES CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA Y MOTILIDAD ESOFÁGICA NORMAL MEDIANTE MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN CON IMPEDANCIA

A. L. Castro-Zárate, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, J. García-Rentería, C. I. Blanco-Vela, Grupo Colaborativo: Sección de Neurogastroenterología y Motilidad, Hospital Español

Introducción: La representación precisa de la contractilidad mediante manometría esofágica con alta resolución facilitó la identificación de distintos puntos de referencia manométricos con importancia funcional y estructural. La zona de transición (ZT) demarca la región en la que se produce un cambio en la morfología del tejido del músculo estriado al liso, junto con la conversión del control central al periférico del peristaltismo. El tránsito del bolo esofágico puede modelarse con base en puntos de referencia topográficos de la presión esofágica. Además, mediante manometría esofágica de alta resolución con impedancia puede cuantificarse la retención del bolo esofágico. **Objetivo:** Comparar mediante una técnica topográfica de impedancia esofágica de alta resolución el tránsito y aclaramiento del bolo esofágico entre pacientes con motilidad esofágica normal (MEN) y motilidad esofágica inefectiva (MEI). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en un centro de tercer nivel en el que se compararon los resultados de impedancia-manometría de pacientes con MEN y MEI de enero de 2022 a marzo de 2023. Se calculó la integral de impedancia esofágica (IIE) antes del frente de onda de contracción como IIE1 y después de la contracción como IIE2, y se presentó como una relación de IIE2/IIE1. Se utilizaron puntos de referencia topográfica para dividir el tránsito del bolo en cuatro fases: I, apertura del esfínter esofágico superior (EES); II, cierre del EES hasta la ZT; III, desde la ZT hasta el punto de desaceleración contráctil (PDC); IV, desde el PDC hasta completar el vaciamiento del bolo. Se compararon los valores del EE1 y EE2 y de los cuatro puntos de referencia de los pacientes con MEN o MEI. Se realizó estadística descriptiva; para la comparación entre grupos se usaron las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney. Se determinaron correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Spearman. **Resultados:** Se incluyó a 47 pacientes, de los cuales el 53,2% (n = 25) correspondió al género femenino. Del total de casos, el 87,2% (n = 41) presentó motilidad normal y el 12,8% (n = 6) MEI. Se encontraron diferencias entre los grupos de motilidad normal y MEI en talla (MEN 160,98 ± 8,16 vs. MEI 169,98 ± 6,73; p < 0,05), el DCI en posición primaria (MEN 1 643,06 ± 1 222,24 vs. MEI

852,35 ± 570,93; p < 0,05), fase III del tránsito del bolo (MEN 1,53 ± 0,87 vs. MEI 0,84 ± 0,45; p < 0,05), fase IV (MEN 1,25 ± 0,69 vs. MEI 0,76 ± 0,34; p < 0,05) y porcentaje de aclaramiento del bolo (MEN 82,46 ± 25,78 vs. MEI 50 ± 30,98; p < 0,05) (Tabla 1). Se encontró correlación positiva entre el porcentaje de aclaramiento y el IRP en posición primaria (r = 0,325), en fase I antes del frente de onda (r = 0,309), fase II antes del frente de onda (r = 0,399) y después del frente de onda (r = 0,377), fase III antes del frente de onda (r = 0,350) y después del frente de onda (r = 0,306) y en fase IV antes del frente de onda (r = 0,363), p < 0,05. Se identificó también una correlación positiva entre la presión intrabolo y la edad (r = 0,348), DCI en posición primaria (r = 0,353), DCI en posición secundaria (r = 0,442), latencia distal en posición primaria (r = 0,325), velocidad de frente contráctil (r = 0,327), en fase II después del frente de onda (r = 0,416) y en la integral de impedancia esofágica en la fase IV (p < 0,05). Se reconoció una correlación negativa entre el porcentaje de aclaramiento y la integral de impedancia esofágica en la fase IV (r = -0,419), p < 0,001.

Conclusiones: La retención del bolo mediante topografía de impedancia esofágica de alta resolución es mayor en pacientes con MEI en comparación con enfermos sin alteraciones de la motilidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

	MEN		MEI	
	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar
Edad (años)	54,22	14,222	47,00	19,789
Peso (kg)	69,184	14,7974	67,000	12,7279
Talla (cm)	160,98	8,162	169,17	6,735
IRP1 (mmHg)	4,7798	3,92091	5,1500	2,57973
DCI1 (mmHg/s/cm)	1643,0646	1222,24444	852,3500	570,39731
LD1 (seg)	6,785	1,0725	7,717	0,9867
VFC1 (cm/seg)	3,695	1,1552	4,483	1,4770
IRP2 (mmHg)	6,790	6,0970	3,367	4,9046
DCI2 (mmHg/s/cm)	1951,176	1556,4336	1307,300	1029,2505
LD2 (seg)	4,456	3,4671	8,633	4,4541
VFC2 (cm/seg)	3,340	1,2025	3,333	1,5539
Fase I 1 (kΩ)	1,8993	0,65695	2,0350	0,98038
Fase I 2 (kΩ)	2,1054	1,03650	2,6717	2,40834
Fase I 2/fase I 1 (kΩ)	1,1335	0,47926	1,1129	0,57343
Fase I 2/fase I 1 (kΩ)	0,2061	0,87590	0,6367	1,50711
Fase II 1 (kΩ)	1,5759	0,56077	1,2567	0,34691
Fase II 2 (kΩ)	2,0341	1,26081	1,4767	0,93058
Fase II 2/fase II 1 (kΩ)	1,3204	0,67947	1,1222	0,45635
Fase II2/fase II 1 (kΩ)	0,4583	1,11513	0,2200	0,67234
Fase III 1 (kΩ)	1,5354	0,60773	1,2167	0,80363
Fase III 2 (kΩ)	1,7246	1,01540	1,6000	1,28078
Fase III 2/fase III 1 (kΩ)	1,1324	0,48988	1,3224	0,51156
Fase III 2/fase III 1 (kΩ)	0,1893	0,80760	0,3833	0,54349
Fase IV 1 (kΩ)	1,1322	0,68889	0,6867	0,45368
Fase IV 2 (kΩ)	1,2580	0,69965	0,7667	0,34720
Fase IV 2/fase IV 1 (kΩ)	1,2668	0,70769	1,2278	0,33892
Fase IV 2/fase IV 1 (kΩ)	0,1259	0,66289	0,0800	0,18298
Aclaramiento (%)	82,46	25,786	50,00	30,984
Tiempo de tránsito del bolo (seg)	3,327	1,0235	3,400	0,9940
Presión intrabolo (mmHg)	1,156	8,9242	16,167	6,7441

MEN, motilidad esofágica normal; MEI, motilidad esofágica inefectiva; 1, antes del frente de onda de contracción; 2, después del frente de onda de contracción.

Mar376

EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO DIARREA SE ASOCIA A MENOR RESILIENCIA Y MAYOR SEVERIDAD DE SÍNTOMAS

K. E. Medina-Morales, E. C. Morel-Cerda, M. J. Muñoz-Jiménez, P. Orozco-Acuña, J. C. Delgadillo-Tortajada, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: Los síntomas del síndrome de intestino irritable (SII) pueden empeorar debido a factores psicosociales como la ansiedad y la falta de resiliencia. Los estudios han mostrado que los pacientes con SII tienen valores más bajos de resiliencia en comparación con los individuos sanos. Esta menor resiliencia se correlaciona con una peor calidad de vida vinculada con la salud y mayor gravedad de los síntomas; esto destaca la importancia de abordar estos factores al tratar a pacientes con SII.

Objetivo: Determinar el grado de resiliencia y gravedad de los síntomas según el subtipo de síndrome de intestino irritable en pacientes que acuden a consulta externa de gastroenterología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de enero del 2024 a junio del 2024 en el que se recolectaron, mediante entrevista directa a través de un cuestionario de Google Forms, datos de pacientes valorados con diagnóstico de síndrome de intestino irritable en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos y se aplicaron los criterios de Roma IV para categorizar el subtipo de SII, el cuestionario de IBSSS para la gravedad de síntomas de SII y el CD-RISC 10 para determinar el grado de resiliencia; se cuantificó la ansiedad-depresión con HADS entre los subtipos de SII mediante una comparación de medias con una prueba de ANOVA. Asimismo, se analizó la distribución de variables con prueba de Shapiro-Wilk y un análisis de igualdad de varianzas con la prueba de Levene.

Resultados: Se incluyó a 64 pacientes, con 63% de mujeres y una media de edad de 39 años. En cuanto a los subtipos de SII, el 23% correspondió a SII-C, 14% a SII-D, 17% a SII-M y 11% a SII-U; se observó que el subtipo de SII-D era el fenotipo con mayor gravedad sintomática (234,5 ± 124,6; p ≤ 0,001) y menor resiliencia (19,3 ± 5,99; p ≤ 0,011). Se analizó la correlación entre IBSSS y CD-RISC 10 y se identificó una correlación negativa entre la gravedad sintomática y el grado de resiliencia (r = -0,437; p = 0,001). No se encontró una diferencia significativa de ansiedad-depresión entre los subgrupos; sin embargo, si se reconoció una correlación negativa de ansiedad (r = -0,621; p ≤ 0,001) y depresión (r = -0,666; p ≤ 0,001) con el grado de resiliencia.

Conclusiones: Este estudio confirma que los pacientes con SII-D muestran una menor resiliencia y una mayor gravedad de síntomas en comparación con otros subtipos de SII. La correlación negativa significativa entre la gravedad de los síntomas y el grado de resiliencia resalta la importancia de considerar los factores psicosociales en la atención del SII. Además, aunque no se hallaron diferencias significativas en los grados de ansiedad y depresión entre los subgrupos, la relación negativa de estos con la resiliencia sugiere que fortalecer la resiliencia podría ser una estrategia útil para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Estos hallazgos destacan la necesidad de contar con un enfoque integral que incluya el tratamiento de la resiliencia y los factores psicosociales para el tratamiento efectivo del SII.

Financiamiento: Estudio realizado con recursos propios.

Mar377

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. G. Céspedes-Saballos, V. Hernández-Garza, A. P. Escobedo-Zúñiga, M. Motola-Kuba, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La prevalencia y carga mundial de los trastornos gastrointestinales funcionales, resultados del estudio global de la Fundación Roma, es del 40%. En cuanto a los pacientes con fibromialgia, se desconoce cuál es el perfil en México acerca de la frecuencia de los trastornos digestivos funcionales en este grupo de población.

Objetivo: Determinar la frecuencia de los trastornos digestivos funcionales en pacientes con fibromialgia.

Informe de casos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo en el que se evaluaron 150 expedientes de pacientes que asistieron con diagnóstico de fibromialgia enviados del servicio de reumatología a la consulta externa de gastroenterología por algún tipo de trastorno gastrointestinal. El periodo de estudio fue de enero del 2021 a mayo del 2024. Se excluyó a los pacientes que tenían trastornos digestivos de causa orgánica. Se utilizaron los criterios de Roma IV para diagnosticar los trastornos gastrointestinales a estudiar. El análisis de los datos se efectuó con el programa estadístico SPSS en su versión 23. Las variables cualitativas se expresaron en términos de frecuencia y porcentaje, mientras que las variables cuantitativas se calcularon con tendencia central, como la media y la desviación estándar.

Discusión: Se identificaron 80 casos con fibromialgia y trastornos digestivos funcionales, 76 (95%) del género femenino con una media de edad de 51 ($\pm$ DE) años. El trastorno digestivo funcional que predominó fue la dispepsia funcional (DF) de tipo síndrome de incomodidad posprandial (56,3%), seguido del síndrome de intestino irritable (SII) con predominio de estreñimiento (33,8%). En otros casos se presentó superposición (SII/DF) en el 42%. En cuanto a la frecuencia de los síntomas, el dolor y la distensión abdominal se presentaron tres a cinco veces por semana en el 60% y 61%, respectivamente. En cuanto a la intensidad percibida, el dolor en epigastrio, la saciedad, la plenitud, la distensión y el dolor abdominales se refirieron como molestos, pero no interferían con las actividades de la vida diarias en el 38%, 32,5%, 37,5%, 58,8% y 63,7%, respectivamente. Los pacientes con diagnósticos de salud mental relacionados se informaron en el 40,1% de los casos y el trastorno de ansiedad fue el más común (26%). En relación con las comorbilidades adjuntas, las más frecuentes fueron las enfermedades tiroideas en un 21%. Respecto del estado nutricional, la mayoría de los pacientes tuvo un peso normal (42,5%).

Conclusiones: Este estudio demuestra que la dispepsia funcional de tipo incomodidad posprandial es la principal alteración relacionada con la fibromialgia en un 53,6%, seguida del síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento. Esto permitirá una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica y de esta manera se logrará el control sintomático para pacientes con fibromialgia con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Mar378

VALIDACIÓN DEL COUGH REFLUX INDEX: UNA NOVEDOSA HERRAMIENTA PARA PREDECIR ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON SÍNTOMAS LARINGOFARÍNGEOS CRÓNICOS

J. I. Carrillo-Rojas, G. Morales-Orsorio, F. D. García-García, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, N. Bueno-Hernández, Hospital General de Zona 29, IMSS

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se vincula con múltiples síntomas laringofaríngeos, en particular la tos; sin embargo, en el consenso de Lyon 2.0 se puntualiza que la presencia aislada de estas manifestaciones no es indicación para realizar una prueba terapéutica con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) y exige la documentación objetiva de exposición anormal al ácido mediante impedancia/pH-metría. En fecha reciente se ha propuesto el *Cough reflux index* (CRI), una herramienta que evalúa síntomas esofágicos y extraesofágicos (tos, regurgitación, globus), índice de masa corporal (IMC), género y hernia hiatal por endoscopia; este índice calcula la probabilidad de ERGE en pacientes con síntomas laringofaríngeos crónicos (bajo: $\leq 2,5$ puntos; intermedio: 3-4,5 puntos; y alto: ≥ 5 puntos); no obstante, no se ha validado en este medio.

Objetivo: Validar la herramienta CRI para la predicción de ERGE en pacientes mexicanos con síntomas laringofaríngeos crónicos.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con síntomas laringofaríngeos, como tos, odinofagia, disfonía o aclaramiento faríngeo sin evidencia objetiva de ERGE (esofagitis de grados B, C o D de la clasificación de Los Ángeles, estenosis esofágica péptica o esófago de Barrett comprobado por biopsia). A todos ellos se les aplicó el CRI y se utilizó como norma de referencia la impedancia/pH-metría ambulatoria de 24 horas en la que se definió "reflujo ácido patológico" un tiempo de exposición al ácido (TEA) $\geq 6\%$. La concordancia entre ambas pruebas se evaluó con un análisis kappa; se calcularon el área bajo la curva (AUROC) y la sensibilidad y especificidad para cada

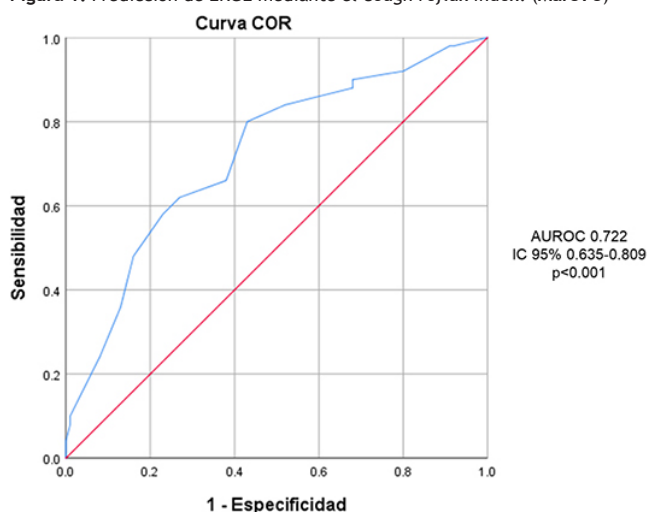
resultado. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se consideró un valor de p significativo $< 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 150 pacientes, 50 (33%) hombres y 100 (67%) mujeres, con edad media de 52 años. La tos crónica fue el síntoma laringofaríngeo más frecuente (64%). El 58% ($n = 87$) tuvo TEA normal y baja probabilidad de ERGE por CRI en el 37,3% ($n = 56$), TEA indeterminado en el 8,7% ($n = 13$) y por CRI en 28% ($n = 42$); al final, la prevalencia de ERGE por TEA fue del 33,3% ($n = 50$) y por CRI el 34,7% ($n = 52$). Existe correlación significativa entre la puntuación obtenida en CRI y TEA ($r = 0,351$, $p < 0,001$). El valor kappa obtenido para ambas pruebas fue de 0,223 ($p < 0,001$). El AUROC del CRI fue de 0,722 (IC95%, 0,635-0,809; $p < 0,001$), con una sensibilidad del 76,8% y una especificidad de 55,8% comparado con la norma de referencia (Figura 1).

Conclusiones: El CRI es una herramienta útil y válida en esta población para predecir ERGE en pacientes con síntomas laringofaríngeos crónicos, en especial para identificar al grupo con mayor probabilidad de ERGE. Esta validación permite orientar las estrategias de diagnóstico en esta población y reducir el uso inapropiado de herramientas como la impedancia/pH-metría mediante la selección adecuada de pacientes, y reducir así los costos del sistema de salud.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Predicción de ERGE mediante el *Cough reflux index*. (Mar378)



Mar379

IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA PRODUCTIVIDAD LABORAL Y ACTIVIDADES COTIDIANAS DE PACIENTES MEXICANOS

Y. M. Velasco-Santiago, C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, M. F. Domínguez-Domínguez, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome del intestino irritable (SII) modifica la calidad de vida de los pacientes, quienes a menudo refieren problemas laborales y personales. Los estudios previos han registrado un 28% de ausentismo (horas de trabajo perdidas) y 86% de presentismo (disminución de la productividad laboral en horario de trabajo), con un deterioro laboral global en más del 80% de los pacientes. Además, se ha observado deterioro de la gestión del hogar, las actividades de ocio, tanto sociales como privadas, y el mantenimiento de relaciones cercanas.

Objetivo: Evaluar el efecto del SII en la productividad laboral y las actividades cotidianas en pacientes que acuden a la consulta de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico de cohorte llevado a cabo en 74 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SII, de acuerdo con los criterios de Roma IV. Se les aplicaron los cuestionarios IBS-SSS para valorar la gravedad de los síntomas, WPAI-IBS para determinar el efecto del SII en la productividad laboral y las actividades de la vida diaria, y WSAS para evaluar el efecto del SII en el funcionamiento diario de los pacientes. Para comparar las variables categóricas se usaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher; para tres o más grupos se empleó la prueba de ANOVA de

un factor. Para correlacionar se construyó una matriz de correlación, de acuerdo con la distribución de la variable, y se aplicó la rho de Spearman o Pearson; se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 74 pacientes, de los cuales 85,1% correspondió a mujeres, con una edad media de $53,9 \pm 12,6$ años. Del total, el 44,5% se dedicaba al hogar, el 29,7% tenía una actividad laboral formal y el 22% una informal. En cuanto a la clasificación, 54% se agrupó en SII-E (predominio de estreñimiento), 31% en SII-D (predominio de diarrea) y 14,8% en SII-M (mixto). De acuerdo con la gravedad, el 63,5% tenían síntomas leves. El SII alteró las actividades cotidianas en el 91,8% de los casos y la productividad laboral en el 68,9%. De estos, el 68,9% experimentó ausentismo y el 67,5% presentismo. No se observaron diferencias significativas entre la gravedad del SII y el ausentismo, presentismo, productividad laboral global o deterioro de las actividades cotidianas. Se observó una correlación significativa (0,956) del presentismo con la pérdida de la productividad laboral ($p = 0,001$; **Tabla 1**). El 14,8% de los pacientes experimentó una afectación significativa de su funcionamiento diario debido al SII (6/40 SII-E; 3/23 SII-D; 2/11 SII-M); no se hallaron diferencias entre los subgrupos ($p = 0,93$).

Conclusiones: El SII tiene un efecto importante en las actividades diarias y la productividad laboral de los pacientes mexicanos, lo cual puede limitar su funcionamiento. Destaca el presentismo como factor relacionado con la pérdida de productividad laboral. Para mejorar el funcionamiento de los pacientes es fundamental desarrollar estrategias que contribuyan a reducir los efectos del SII en los ámbitos laboral, doméstico e interpersonal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar380

PARTICIPACIÓN DE LA ENZIMA NICOTIDAMIDA ADENINA DINUCLEÓTIDO FOSFATO (NADPH) OXIDASA EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

M. Schmulson, A. S. Morales-Guzmán, A. Alarcón-Aguilar, A. Luna-López, A. D. Santana-Vargas, M. Motola-Kuba, Laboratorio de Hígado, Páncreas, y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La subunidad catalítica gp91phox de la enzima NADPH oxidasa es la encargada de producir especies reactivas de oxígeno (ERO). Se ha demostrado que una activación excesiva de esta enzima puede generar inflamación y disbiosis del colon, factores que intervienen en la fisiopatología del SII (Aviello *et al.*, 2018). Las ERO también actúan como segundos mensajeros para activar factores de transcripción sensibles a redox (p. ej., NF- κ B) que inducen respuestas inmunitarias e inflamatorias que al final causan daño. Con anterioridad se ha demostrado mayor EO y mayor expresión de NF- κ B en SII (Morales-Guzmán *et al.*, 2023), pero se desconoce el papel de NADPH oxidasa en el SII.

Objetivo: Determinar la participación de la NADPH oxidasa en SII y diferencias de acuerdo con los subtipos.

Material y métodos: Se estudió a 30 pacientes con SII-Roma III de la consulta de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga y 30 controles negativos para SII. Se excluyó a aquellos con enfermedades orgánicas (diabetes mellitus, trastornos autoinmunitarios, EII, enfermedad celiaca, infecciones recientes). Por medio de *Western blot* se evaluó la expresión de la subunidad catalítica gp91phox en sangre periférica.

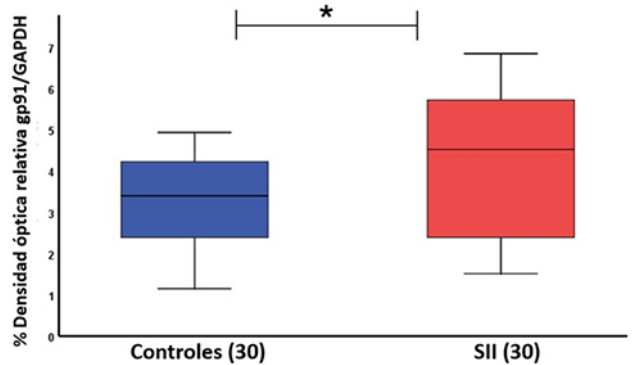
Se visualizó y analizó la densitometría con el programa NIH Image J. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la U de Mann-Whitney y se consideró significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: Los pacientes con SII incluyeron a 27 mujeres y tres hombres de 42 ± 15 años y los controles a 27 mujeres y tres hombres con igual edad, 42 ± 14 años ($p = 0,93$); una proporción de 87% se consideró moderada a grave según el IBS-SSS. La distribución por subtipos fue en su mayoría de SII no clasificable (SII-NC): 47% con estreñimiento (SII-E), 37% con diarrea (SII-D), 13% mixto (SII-M) que se excluyó del análisis por subtipos. En el SII se observó una mayor expresión de la subunidad catalítica gp91phox respecto de los controles: $3,29 \pm 1,03$ vs. $4,28 \pm 1,81$ ($p < 0,05$) (**Figura 1**). Sin embargo, no se identificaron diferencias de acuerdo con el subtipo de SII (porcentaje relativo de densidad óptica gp91/GAPDH): SII-NC, $3,46 \pm 0,94$; SII-E, $3,10 \pm 1,08$; SII-D, $3,32 \pm 1,49$.

Conclusiones: Los datos obtenidos en este estudio sugieren que existe una activación desregulada de la enzima NADPH oxidasa en SII. Hasta donde conocen los autores, este constituye el primer informe en la bibliografía médica de la expresión de esta enzima en el SII. El conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes del SII, como la desregulación de la NADPH oxidasa, es crucial para identificar biomarcadores diagnósticos y potenciales tratamientos para pacientes con este trastorno.

Financiamiento: División de Investigación, Facultad de Medicina (UNAM), y Dirección de Investigación, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga Dr. Eduardo Liceaga.

Figura 1. Transferencias representativas realizadas para gp91phox. El análisis por densitometría se normalizó con GAPDH (como control de carga). Los resultados representan la media $\pm$ DE obtenida de tres experimentos independientes. * $p < 0,05$. (Mar380)



Mar381

PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES SEGÚN EL SUBTIPO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

K. E. Medina-Morales, E. C. Morel-Cerda, M. J. Muñoz-Jiménez, P. Orozco-Acuña, J. C. Delgadillo-Tortajada, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Tabla 1. Matriz de correlación de Spearman. (Mar379)						
		IBS-SSS	WPAI:IBS ausentismo	WPAI:IBS presentismo	WPAI:IBS D.A.	WPAI:IBS P.P.L.
IBS-SSS	Coeficiente de correlación	1,0	-0,123	0,108	1,145	0,027
			0,296	0,362	0,218	0,821
WPAI:IBS ausentismo	Coeficiente de correlación	-0,123	1,0	0,708	-0,261	0,812
			0,296	0,000	0,025	0,000
WPAI:IBS presentismo	Coeficiente de correlación	0,108	0,708	1,0	-0,288	0,956
			0,362	0,000	0,013	0,000

Introducción: El SII afecta la calidad de vida a través de las manifestaciones de sus síntomas gastrointestinales; sin embargo, se han relacionado los trastornos con el eje intestino-cerebro, entre ellos los trastornos psiquiátricos, la sensibilización central y los problemas del sueño, que contribuyen a acentuar la gravedad de los síntomas gastrointestinales. Ohlsson *et al.*, en una revisión sistemática de 80 publicaciones, encontraron que el 50% de los pacientes con SII expresa manifestaciones extraintestinales que empeoran la calidad de vida respecto de los grupos control.

Objetivo: Determinar la prevalencia según el subtipo de síndrome de intestino irritable de las principales manifestaciones extraintestinales referidas de pacientes valorados en la consulta externa de gastroenterología.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de enero a junio del 2024 en el que se recolectaron, mediante un cuestionario de *Google Forms*, datos de pacientes valorados en la consulta externa de gastroenterología. Se entrevistó a 75 sujetos, de los cuales 47 (62,6%) cumplieron con los criterios de Roma IV para síndrome de intestino irritable, y a 28 (37,3%) individuos sanos. Se registraron datos sociodemográficos y se aplicaron los criterios de Roma IV para categorizar el subtipo de SII. El análisis se efectuó mediante la prueba ji cuadrada para comparar proporciones de manifestaciones extraintestinales entre grupos, y el análisis de varianza (ANOVA) se empleó para comparar medias de variables continuas entre grupos con un grado de significancia estadística establecido en $p < 0,05$.

Resultados: De los pacientes con diagnóstico de SII, el 62% correspondió a mujeres, con una edad promedio de 39 años. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 25, lo que indica un intervalo de peso que varía entre lo normal y el sobrepeso. Las comorbilidades más comunes entre estos pacientes fueron la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con un 14% y el hipotiroidismo con un 13%. En cuanto a los subtipos de síndrome de intestino irritable (SII), el SII con predominio de estreñimiento (SII-C) es el más común y representa el 23% de los casos, seguido por el SII mixto (SII-M) con un 17% y el SII con predominio de diarrea (SII-D) con un 14%. El 54% tenía una gravedad leve a moderada de los síntomas; al comparar estas manifestaciones entre los diferentes tipos de SII y aquellos sin SII se observan algunas diferencias significativas en ciertas alteraciones como la fascitis plantar ($p = 0,012$), la cistitis intersticial ($p = 0,019$) y los antecedentes de colecistectomía ($p = 0,040$). Además, las anomalías como la migraña muestran diferencias notables, aunque no estadísticamente significativas ($p = 0,050$).

Conclusiones: Las manifestaciones extraintestinales son frecuentes en la población investigada, en particular en el SII-D; la cistitis intersticial y la fascitis plantar fueron las que tiene mayor relación con el SII. Sin embargo, es necesario continuar la investigación para caracterizar mejor los subtipos del SII, lo que podría ayudar a perfeccionar las estrategias terapéuticas adaptadas.

Financiamiento: Estudio realizado con recursos propios.

Mar382

IMPACTO DE LA TERAPIA DE BIORRETROALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

A. L. Ordóñez-Vázquez, I. Padilla-Betancourt, J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, A. Pereira-García, M. Esesarte-Rodríguez, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El tratamiento de biorretroalimentación (TBR) es una opción terapéutica en paciente con incontinencia fecal (IF) que no responden al tratamiento farmacológico. El objetivo del TBR consiste en mejorar la fuerza mediante la contracción de los músculos del piso pélvico, con y sin distensión del balón intrarrectal. El TBR se realiza en seis sesiones bisemanales de 60 minutos de duración, pero no existe un protocolo estandarizado. A pesar de los múltiples estudios clínicos sobre su efectividad, se han notificado resultados heterogéneos para la mejoría clínica de la IF, por lo que se requieren más estudios controlados para obtener mejor calidad de la evidencia.

Objetivo: Identificar el efecto en desenlaces clínicos y manométricos de la realización de tres y seis sesiones de TBR para tratamiento de pacientes con IF.

Material y métodos: Estudio transversal en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, en el que se revisaron los expedientes de pacientes mayores de 18 años con IF referidos para TBR en el periodo de 2020 a 2023. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y manométricos. Las variables se resumieron con medianas, frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de suma de rangos con signo de Wilcoxon para comparar la escala de Wexner (W) y las presiones del esfínter anal antes y después de la TBR.

Resultados: Se encontraron 36 casos de pacientes que asistieron a un mínimo de tres y un máximo de seis sesiones de TBR. La edad promedio fue de $64,6 \text{ años} \pm 14$, con 83% de mujeres. Del total, 21 pacientes (58%) completaron tres sesiones de TBR y 19 pacientes (53%) hasta seis sesiones. Los valores iniciales promedio de la escala de W, presión en reposo del esfínter anal (PREA), contracción anal promedio (CAP) y contracción anal máxima (CAM) fueron: 12,5 puntos (RIC, 9-16), 35,6 mmHg (5-71), 42,6 mmHg (15-114) y 92,5 mmHg (27-296), respectivamente. Los valores promedio al término de las seis sesiones de TBR de la escala de W, PREA, CAP y CAM fueron: 9 puntos (2-20, $p = 0,005$), 38,9 mmHg (12-83), 83,3 mmHg (29-351, $p < 0,001$) y 116 mmHg (41-354), respectivamente. En los pacientes que completaron tres sesiones de TBR se observó una diferencia en el valor de la contracción anal promedio (88,53 mmHg, +62,2, $p < 0,001$) respecto del valor inicial (39 mmHg, + 62,2). No se identificó diferencia tras comparar los resultados entre la tercera y la sexta sesiones de TBR ($p = 0,963$). Los resultados completos se presentan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la TBR es efectiva clínica y biomecánicamente para el tratamiento de la IF. Se observó mejoría en la CAP desde la tercera sesión, sin mayor optimización a las seis sesiones. Se requieren estudios complementarios para la identificación del número de sesiones ideal para alcanzar la máxima efectividad terapéutica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Resultados clínicos y manométricos de los pacientes con incontinencia fecal que acudieron a tratamiento de biorretroalimentación. (Mar382)

Característica	Inicial	3ra sesión	p	6ta sesión	p	p
Escala de Wexner (puntos)	12,5 (RIC 9-16) (n = 23)	NA	NA	9 (2-20) (n = 14)	0,005	NA
Presión del esfínter anal en reposo (mmHg)	35,6 (5-71) (n = 112)	43,6 (5-91) (n = 21)	NS	38,9 (12-83) (n = 19)	NS	NS
Contracción anal promedio (mmHg)	42,6 (15-114) (n = 112)	88,5 (42-330) (n = 21)	< 0,001	83,3 (29-351) (n = 19)	< 0,001	0,963
Contracción anal máxima (mmHg)	92,5 (27-296) (n = 112)	114 (45-357) (n = 21)	NS	116 (41-354) (n = 19)	NS	NS
Duración de la contracción (segundos)	30 (7-35) (n = 112)	20 (11-35) (n = 21)	NS	20 (12-30) (n = 19)	NS	NS