



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Endoscopia I

Dom015

TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS BILIARES POSTRASPLANTE MEDIANTE COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA TRANSHEPÁTICA Y PRÓTESIS BIODEGRADABLES: RESULTADOS DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

G. Herrera-Quinones, P. Ruiz, G. Crespo, J. Colmenero, R. Bataller, Grupo Colaborativo: Liver Unit, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic and University of Barcelona, España, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México

Introducción: Las estenosis biliares (EB) posteriores al trasplante hepático (TH) representan una importante causa de morbilidad y mortalidad. Suceden de forma predominante en las anastomosis biliares. Aunque la atención inicial suele ser endoscópica (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), ésta no es eficaz hasta en 15 a 30% de los pacientes. En estos casos, el tratamiento mediante colangiografía percutánea transhepática (CPTH) representa una opción de rescate. En los últimos años se ha incorporado el uso de prótesis biodegradables (PBio) mediante CPTH, aunque los resultados publicados son escasos a nivel mundial.

Objetivo: Describir las características y la evolución de los pacientes trasplantados hepáticos con EB sometidos a CPTH y comparar a los pacientes en quienes se colocaron PBio con los que no las emplearon.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en el que se recopilaban datos de todos los pacientes con TH sometidos a tratamiento de EB benignas con CPTH entre 2013 y 2023. Se establecieron como desenlaces primarios la incidencia de hepaticoyunostomias (HY), retrasplante (reTH) por causa biliar y muerte relacionada con causa biliar, así como un desenlace compuesto por los tres anteriores. Se recogieron variables demográficas y relacionadas con el TH y se analizaron los desenlaces en relación con dichas variables y con el uso o no de PBio.

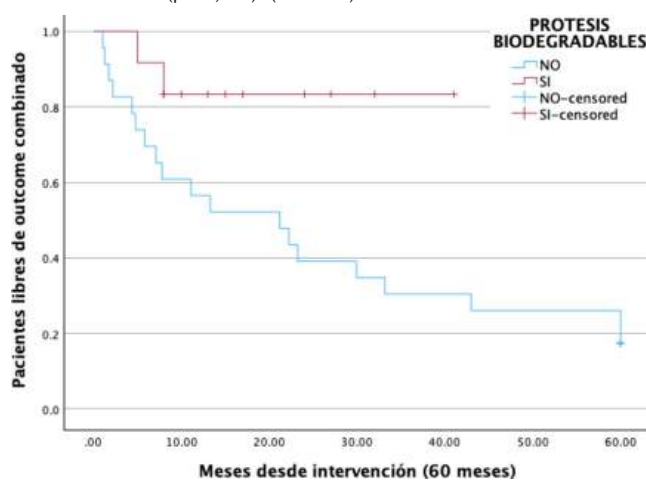
Resultados: Se incluyó a 53 pacientes. Los tipos de donante fueron diversos: muerte encefálica en 25 casos (49,1%), asistolia tipo II en 5 (9,4%), asistolia tipo III en 9 (17%) y donante vivo en 13 (24,5%). Los pacientes que

fueron objeto de colocación de PBio mostraron una incidencia significativamente inferior de HY respecto de los no sometidos a la colocación de PBio ($p = 0,042$), sin hallar diferencias significativas en las tasas de reTH ni fallecimiento. El desenlace compuesto también fue significativamente inferior en el grupo con PBio ($p = 0,04$) (Figura 1). La mediana de meses de seguimiento fue de 14,5 (IQR, 8,65/26,1) en el grupo PBio y 13,6 (IQR, 0,8/47,4) en el grupo control. No se presentaron efectos adversos graves en ninguno de los dos grupos.

Conclusiones: El uso de PBio mostró una relación favorable con una menor incidencia de efectos adversos derivados del fracaso del manejo mediante CPTH. Esto se explica principalmente por la reducción de la necesidad de HY. No obstante, ampliar la cohorte estudiada y extender el periodo de seguimiento permitirán inferir conclusiones más sólidas.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva que muestra la incidencia del combinado (muerte de origen hepático, reTH por complicaciones biliares, realización de HY) y su significancia estadística ($p = 0,040$). (Dom015)



Dom016

COMPARACIÓN DE LA CONCORDANCIA INTER E INTRA OBSERVADOR ENTRE LAS ESCALAS DE LIMPIEZA EN ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA “BARCELONA” Y “GRACE” APLICADAS POR ENDOSCOPISTAS CON DISTINTOS NIVELES DE EXPERIENCIA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

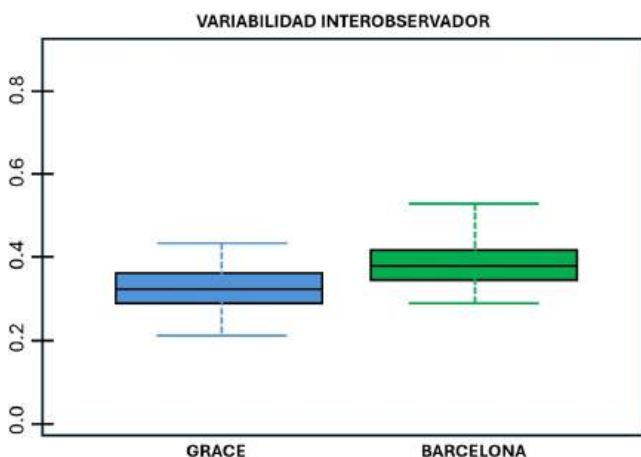
N. Reyes-Saavedra, A. Noble-Lugo, S. C. Estévez-Cerda, Hospital Español

Introducción: La endoscopia digestiva alta es el estudio de elección para el abordaje diagnóstico terapéutico de muchas enfermedades gastrointestinales benignas y malignas. Una visión directa adecuada de la mucosa es crucial para la detección, diagnóstico y vigilancia de las lesiones del tracto digestivo superior. Las guías internacionales ASGE y ESGE han establecido que la limpieza durante el estudio y el registro de la calidad de ésta en el informe deben considerarse un estándar de calidad del procedimiento. Por lo anterior, se han desarrollado escalas de limpieza (POLPREP, TUGCS, Barcelona y Grace) para estandarizar la evaluación de la calidad de visualización. A pesar de que están validadas, no se ha alcanzado consenso sobre cuál es la mejor. **Objetivo:** Comparar la concordancia interobservador e intraobservador entre las escalas de limpieza en la esofagogastroduodenoscopia “Barcelona” y “Grace” aplicadas por endoscopistas con distintos niveles de experiencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico, con cálculo de la muestra por conveniencia. Los datos se analizaron con el software R (R Core Studio V4.5.0). El estudio se diseñó en dos fases con tres rondas de evaluación: para la primera fase se eligió a tres endoscopistas expertos elegidos como estándar de oro que calificaron la limpieza con ambas escalas; en la segunda fase participaron endoscopistas titulados y en formación. En esta última fase, cada participante evaluó las imágenes dos veces con un intervalo de dos semanas entre rondas con el orden de las imágenes aleatorizado. Se evaluaron 60 imágenes para la escala de Grace y 100 imágenes para la escala de Barcelona. Se enviaron 49 encuestas y se incluyó a 40 endoscopistas que contestaron dentro del tiempo establecido, de los cuales 25 fueron titulados y 15 en formación.

Resultados: La variabilidad interobservador general (Figura 1) de Grace fue de $k = 0,34$ ($Pe = 0,34$, $Po = 0,49$, IC95% 0,33-0,35) y para la escala de Barcelona fue de $k = 0,40$ ($Pe = 0,41$, $Po = 0,64$, IC95% 0,39-0,40) con un valor de $p < 0,001$. La variabilidad intraobservador general para Grace fue de $k = 0,484$ ($\pm 0,19$) y para Barcelona de $k = 0,585$ ($\pm 0,190$) con $p < 0,001$. En el análisis por grupos para Grace, la variabilidad interobservador del grupo de titulados fue de $k = 0,36$ ($Pe = 0,34$, $Po = 0,58$, IC95% 0,33-0,37) y del grupo de residentes fue de $k = 0,324$ ($Pe = 0,34$, $Po = 0,55$, IC95% 0,31-0,32) con un valor de $p < 0,001$. La variabilidad intraobservador del grupo de titulados fue de $k = 0,485$ ($\pm 0,181$) y la del grupo de residentes fue de $k = 0,483$ ($\pm 0,198$); la diferencia no fue significativa ($p = 0,986$). Para Barcelona, la variabilidad interobservador del grupo de titulados fue de $k = 0,428$ ($Pe = 0,41$, $Po = 0,66$, IC95% 0,38-0,43) y la de residentes fue de $k = 0,349$ ($Pe = 0,40$, $Po = 0,61$, IC95% 0,32-0,36) con un valor $p < 0,001$. La variabilidad intraobservador del

Figura 1. Variabilidad interobservador general (figura creada con R Core Studio V4.5.0). (Dom016)



grupo de titulados fue de $k = 0,603$ ($\pm 0,16$) y la de residentes fue de $k = 0,56$ ($\pm 0,24$); la diferencia no fue significativa ($p = 0,515$). Del consenso general se obtuvo una precisión de 60,3% para la escala de Grace y de 70,6% para la de Barcelona. La escala que tuvo mayor preferencia fue la de Barcelona con 62,2%.

Conclusiones: Los estándares de calidad en la esofagogastroduodenoscopia recomiendan la documentación estandarizada de la limpieza del tubo digestivo alto. Con base en estos resultados, la escala de Barcelona, complementada con una capacitación previa, podría ser una buena opción para considerarse como estándar a utilizar en el informe endoscópico.

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

Dom018

LOS MIEDOS A LA COLONOSCOPIA: OBSTÁCULOS INVISIBLES EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

E. Ledesma-Martínez, C. O. Morales-Gómez, M. M. García-Favela, M. M. Félix-Gurrola, C. R. Elías-Ortega, M. A. Sánchez-Escandón, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La colonoscopia es una herramienta clave en la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal (CCR); sin embargo, su aceptación es todavía limitada. En el noroeste de México, donde el CCR representa una de las principales causas de muerte por cáncer, la baja adherencia a las pruebas de tamizaje podría relacionarse con el desconocimiento y el miedo al procedimiento.

Objetivo: Identificar los tipos específicos de miedo que influyen en la negativa a someterse a una colonoscopia, aun después de recibir información sobre el CCR, la prueba FIT y la colonoscopia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el noroeste de México durante junio y julio de 2025. Se encuestó a 1 000 personas de 45 a 80 años, de las cuales 788 satisficieron los criterios de inclusión. Se aplicó una encuesta estructurada que incluía datos generales y nivel de conocimiento sobre CCR, FIT y colonoscopia. Luego se proporcionó información clara sobre los temas mencionados. A quienes aún se rehusaban a realizarse una colonoscopia se les preguntó si la razón era el miedo y, en caso afirmativo, se exploraron seis tipos: miedo al proceso en general, al procedimiento, al dolor, a las complicaciones, al resultado (miedo de tener cáncer) y a la preparación, y se utilizó un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores vinculados con éstos.

Resultados: Un total de 60 de 788 personas (7,62%) refirió miedo como causa de rechazo; los factores relacionados con mayor miedo a la colonoscopia en general fueron: no trabajar en el área de la salud (OR: 4,462; $p = 0,026$), no contar con seguro médico (OR: 6,477; $p = 0,001$), no haberse sometido antes a una operación general (OR: 3,759; $p = 0,032$), no haberse realizado una mastografía (OR: 3,241; $p = 0,028$) y no saber en qué consiste una colonoscopia (OR: 5,852; $p = 0,001$). En cuanto al miedo al procedimiento, se vinculó de igual manera con no tener afiliación a algún tipo de seguro público o privado (OR: 5,000; $p = 0,004$), no haberse sometido a una cirugía general (OR: 3,281; $p = 0,033$), no haber sido objeto de una operación ginecológica (OR: 2,967; $p = 0,022$) y desconocer en qué consiste una colonoscopia (OR: 5,958; $p = 0,001$). Para el miedo al dolor, los factores significativos fueron no tener seguro (OR: 7,263; $p = 0,001$) y desconocer el procedimiento (OR: 3,467; $p = 0,004$). El miedo a las complicaciones se relacionó con no pertenecer al área de salud (OR: 4,861; $p = 0,018$), carecer de seguro médico (OR: 7,167; $p = 0,001$) y desconocer el procedimiento (OR: 3,808; $p = 0,010$). Respecto del miedo al resultado (miedo a tener cáncer), se identificó una escolaridad limitada a la secundaria (OR: 2,863; $p = 0,016$), no contar con seguro (OR: 3,194; $p = 0,037$) y desconocer la colonoscopia (OR: 2,604; $p = 0,022$). Por último, el miedo a la preparación se vinculó con no trabajar en salud (OR: 10,056; $p = 0,001$), carecer de seguro (OR: 6,286; $p = 0,006$) y no saber qué es la colonoscopia (OR: 8,815; $p = 0,002$). Y, por el contrario, ser mujer (OR: 0,356; $p = 0,023$), ser heterosexual (OR: 0,267; $p = 0,032$) y haberse sometido a la cuantificación del antígeno prostático (OR: 0,170; $p = 0,009$) se acompañaron de nulo temor al procedimiento.

Conclusiones: El miedo es un factor determinante para rehusarse a la práctica de una colonoscopia, en particular en personas sin antecedentes quirúrgicos,

sin cobertura médica, sin tamizaje general previo y sin conocimiento del procedimiento. El desconocimiento se repite como la variable central en los diferentes tipos de miedo, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias educativas dentro de los programas de detección oportuna del CCR. El abordaje del miedo como barrera psicosocial puede representar una vía efectiva para aumentar la participación en el tamizaje y reducir la mortalidad relacionada con el CCR.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom019

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LAS ESCALAS ABC Y OAKLAND EN LOS DESENLACES CLÍNICOS CON PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

E. García-Mercedes, A. Guzmán-Lepe, L. J. Lara-Rodríguez, L. M. Cruz-Rodríguez, E. S. García-Jiménez, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La hemorragia digestiva baja (HDB) representa un desafío clínico por su variabilidad en la presentación y gravedad. Existen herramientas como las escalas Oakland y ABC diseñadas para estratificar el riesgo y guiar las decisiones terapéuticas. Estas escalas ofrecen un potencial aún no plenamente explorado para predecir desenlaces clínicos relevantes, como transfusión, choque hipovolémico y mortalidad.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de las escalas ABC y Oakland para predecir desenlaces clínicos en pacientes con hemorragia digestiva baja.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde entre febrero de 2020 y diciembre de 2023. La población incluyó a pacientes adultos con diagnóstico clínico y endoscópico confirmado de HDB. Se recopilaron datos clínicos, sociodemográficos y de laboratorio y se calcularon las

puntuaciones de las escalas ABC y Oakland. Las variables cuantitativas se expresaron como medias con desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos, según correspondiera; las cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y porcentajes. Se construyeron curvas ROC (características operativas del receptor) para evaluar el rendimiento diagnóstico de las escalas y se calcularon las áreas bajo la curva (AUROC). El índice de Youden (J) se utilizó para determinar el punto de corte óptimo que maximizara la sensibilidad y especificidad. También se calcularon sensibilidad y especificidad. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con SPSS v26 y R Studio v2025.05.1 + 513.

Resultados: Se incluyó a 66 pacientes con HDB (63% de hombres), con una mediana de edad de 61 años (49-75). La mediana de las escalas ABC fue de 3 (2-5) y la de Oakland de 26 (17-30), respectivamente. En la evaluación inicial, el 72% sufrió hematoquecia y el 27% rectorragia. El 92% recibió intervención endoscópica: colonoscopia (40%), endoscopia alta (13,6%) o ambas (37%). La escala ABC mostró una correlación baja con mortalidad ($r = 0,257$; $p = 0,037$). La escala de Oakland reveló una correlación sólida con la necesidad de transfusión ($r = 0,706$; $p = 0,001$) y una correlación baja con choque hipovolémico ($r = 0,266$; $p = 0,031$). En cuanto al rendimiento diagnóstico, la escala de Oakland mostró una alta capacidad para predecir transfusión ($AUC = 0,92$; $p \leq 0,001$), con un punto de corte óptimo de 26,5 (sensibilidad = 0,725; especificidad = 0,962; $J = 0,687$). Para el choque hipovolémico, su capacidad discriminativa fue moderada ($AUC = 0,73$; $p = 0,023$), con un punto de corte de 29,5 (sensibilidad = 0,667; especificidad = 0,772; $J = 0,439$). Por su parte, la escala ABC fue útil para predecir mortalidad ($AUC = 0,72$), con un punto de corte óptimo de 3,5 (sensibilidad = 0,857; especificidad = 0,593; $J = 0,450$), sin mostrar relaciones significativas con otros desenlaces clínicos (Figura 1).

Conclusiones: En este centro, la escala de Oakland registró un mayor rendimiento para transfusión y choque hipovolémico; sin embargo, la escala ABC mostró mejor utilidad para predecir la mortalidad. Estos resultados sugieren que la aplicación combinada de ambas escalas podría mejorar la toma de decisiones clínicas y optimizar el uso de recursos y la atención intrahospitalaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Comparación de curvas ROC con los desenlaces clínicos. El color amarillo representa el rendimiento diagnóstico de la escala de Oakland y el color verde el de la escala ABC. (Dom019)

