



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 16 de noviembre de 2025

Enfermedad inflamatoria intestinal

Dom037

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La calprotectina fecal (CF) es el biomarcador fecal no invasivo para evaluar la actividad en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), así como existen otros biomarcadores como la proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us), la albúmina sérica y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Diversos estudios internacionales han demostrado que la deficiencia de vitamina D se vincula con recaídas de la EII. Sin embargo, la correlación directa entre los valores séricos de vitamina D y CF no se ha evaluado con anterioridad en Latinoamérica.

Objetivo: Evaluar la correlación de la calprotectina fecal con las concentraciones séricas de vitamina D en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con EII confirmada entre 2010 y 2025. Las determinaciones de calprotectina fecal,

vitamina D, PCR-us, albúmina, VSG y hemoglobina se obtuvieron en una toma única durante la misma visita. Se utilizó la prueba de Spearman para evaluar la correlación entre los valores séricos de vitamina D y los diversos biomarcadores. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v. 27; se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 200 pacientes con EII (135 CUCI y 65 EC), de los cuales 111 eran mujeres y 89 hombres. Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. Los niveles séricos de vitamina D variaron en grado significativo entre los estados vitamínicos típicos, deficiencia (46%, $n = 91$), insuficiencia (30,5%, $n = 63$) y cifras normales (24%, $n = 46$). Al correlacionar los valores séricos de vitamina D con la calprotectina fecal se observó una correlación negativa significativa ($r^2 = -0,231$; $p < 0,001$). La media del nivel sérico de vitamina D fue de $22,27 \pm 9,6$ ng/mL, mientras que la mediana de la calprotectina fecal fue de 1.824 $\mu\text{g/g}$ (intervalo, 1.391-2.257). Por otro lado, en relación con otros biomarcadores, la PCR-us mostró correlación significativamente negativa con la vitamina D ($r^2 = -0,217$; $p = 0,002$), así como correlación positiva con la albúmina sérica ($r^2 = 0,215$; $p = 0,002$) y correlación positiva con la hemoglobina ($r^2 = 0,231$; $p = 0,001$).

Conclusiones: Se identificó una correlación significativa leve entre las concentraciones séricas de vitamina D y los biomarcadores fecales, así como serológicas en pacientes mexicanos con EII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EII. (Dom037)

Datos demográficos y clínicos		Correlaciones (Spearman, ρ)	r^2	p
Femenino/masculino ($n = 111/89$)	55,5/44,5%	Vitamina D vs. calprotectina	-0,231	< 0,001
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años ($n = 66$)	33%	Vitamina D vs. PCR	-0,217	0,002
CUCI ($n = 135$)	67,5%	Vitamina D vs. albúmina	0,215	0,002
CROHN ($n = 65$)	32,5%	Vitamina D vs. hemoglobina	0,231	0,001
Tratamientos relacionados con la EII		Valores de vitamina D		
Tratamiento biológico ($n = 39$)	19,5%	Deficiencia	$25 \leq 20$ ng/mL	46% ($n = 91$)
Azatioprina ($n = 85$)	42,5%	Insuficiencia	20-30 ng/mL	30% ($n = 63$)
Esteroides ($n = 52$)	26%	Suficiencia	> 30 ng/mL	24% ($n = 46$)
5-ASA oral ($n = 156$)	78%			

Dom038

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON LOS DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, F. D. Gutiérrez-Herrera, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En México, la frecuencia de obesidad afecta al 37% y el bajo peso al 1,5% de la población. La obesidad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) alcanza 18 a 40% en Estados Unidos, 13 a 22% en Europa, 5 a 15% en Asia y 11,6% en México. Se ha postulado que el índice de masa corporal puede influir en el curso clínico y la respuesta terapéutica, pero en Latinoamérica no existen estudios que evalúen este aspecto.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad y su relación con los desenlaces clínicos de pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes con EII atendidos en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. El índice de masa corporal (IMC) se determinó en dos consultas separadas por al menos un año y en las que se clasificó como bajo peso (IMC < 18,5), peso normal (IMC, 18,5-24,9), sobrepeso (IMC, 25,0-29,9) y obesidad (IMC ≥ 30). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 27.

Resultados: Se evaluó a un total de 200 pacientes que se distribuyeron en 154 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 46 con enfermedad de Crohn (EC). Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. La frecuencia de bajo peso fue del 18,5%, peso normal de 43,5%, sobrepeso de 27,5% y obesidad de 10,5%. El sobrepeso se acompañó de manera significativa de actividad moderada a grave (RM, 50; IC95%, 4,5-563,7; p = 0,0009). El bajo peso es un factor relacionado con falla al tratamiento convencional comparado con el peso normal (RM = 4,0; IC95%, 1,3-12,5; p = 0,01), sobrepeso (RM = 4,8; IC95%, 1,5-14,9; p = 0,06) y obesidad (RM = 9,5; IC95%, 2,4-27,5; p = 0,0009), además de que también se encontró significancia estadística entre el bajo peso y la obesidad con el uso de fármacos biológicos (RM = 4,6; IC95%, 1,2-17,5; p = 0,04) y tendencia a la significancia estadística entre el bajo peso y el uso de biológicos al comparar con el peso normal y el sobrepeso. No se identificó ninguna otra relación entre el IMC y

las características clínicas, como extensión o localización, fenotipo, manifestaciones extraintestinales, respuesta al tratamiento biológico y quirúrgico.

Conclusiones: La frecuencia de bajo peso fue del 18,5%, peso normal de 43,5%, sobrepeso de 27,5% y obesidad de 10,5%. El sobrepeso se vinculó de manera significativa con actividad moderada a grave en pacientes con CUCI. El bajo peso se acompañó de resistencia al tratamiento convencional y uso de biológicos en pacientes mexicanos con EII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom039

DESAFÍOS EN EL TAMIZAJE DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO?

E. García-Meza, H. D. Castro-Guillén, L. O. Olivares-Guzmán, I. Aramburo-Lucas, F. Romero-Aguilar, E. I. Montero-Archundia, I. Arellano-Plascencia, V. Sánchez-Rodríguez, E. Alatorre-Vázquez, F. C. Gonzáles-Núñez, Grupo Colaborativo: Gastro-Sinaloa, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal en cualquiera de las dos variedades (colitis ulcerativa crónica y enfermedad de Crohn) es una enfermedad caracterizada por periodos de activación y remisión, y representa una de las principales indicaciones de tratamiento inmunosupresor a nivel mundial. El tratamiento con corticoides, tiopurinas o modalidades biológicas y avanzadas conlleva un riesgo de adquirir infecciones oportunistas, como *Mycobacterium tuberculosis*, virus de la hepatitis B o procesos malignos. Este riesgo se eleva si se combinan dichos fármacos.

Hasta el 94% de los casos de tuberculosis latente en pacientes con EII se produce durante el tratamiento anti-TNF y, con menor riesgo, con inhibidores Jack, anti-IL-12/23 o antiintegrinas. Las últimas guías internacionales aconsejan pruebas de escrutinio para tuberculosis latente de acuerdo con el riesgo endémico, ya sea con pruebas de inmunodiagnóstico (prueba cutánea de tuberculina o interferón gamma) más radiografía de tórax en búsqueda de signos de tuberculosis previa. En el paciente con EII se realiza en diferentes momentos un análisis del tamizaje en dos centros hospitalarios del noroeste de México.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EII. (Dom038)

Datos sociodemográficos		Características de la EI	
Mediana de edad en años	48	CUCI/Crohn (n = 154/46)	77/23%
Sexo femenino (n = 115)	57,5%	Extensión CUCI	E1 (n = 14) 9%
Sexo masculino (n = 85)	42,5%		E2 (n = 24) 15,58%
Diagnóstico de la EI ≥ 40 años (n = 66)	33%		E3 (n = 118) 76,62%
Media de edad de diagnóstico	34	Extensión Crohn	L1 (n = 15) 32,6%
IMC			L2 (n = 10) 21,7%
Bajo peso (n = 18)	9%		L3 (n = 19) 41,3%
Peso normal (n = 77)	38,5%		L4 (n = 2) 4,3%
Sobrepeso (n = 77)	38,5%	Fenotipo	B1 (n = 12) 26,08%
Obesidad (n = 28)	14%		B2 (n = 27) 58,6%
Tratamientos relacionados con la EI			B3 (n = 7) 15,2%
Biológico (n = 47)	23,5%	CDAI	Con actividad (n = 45) 97,8%
Supositorios de mesalazina (n = 68)	34%		Sin actividad (n = 1) 2,2%
Azatioprina (n = 82)	41%	Truelove y Witts	Con actividad (n = 103) 66,8%
Prednisona (n = 40)	20%		Sin actividad (n = 51) 33,2%
ASA-5 oral (n = 172)	86%	Índice integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	Con actividad (n = 100) 64,9%
Enemas de mesalazina (n = 48)	24%		Sin actividad (n = 54) 35,1%
Manifestaciones extraintestinales		Respuesta al tratamiento	
Presentes (n = 89)	44,5%	Falla al tratamiento convencional (n = 51)	25,5%
Ausentes (n = 111)	55,5%		

Objetivo: Analizar las prácticas actuales de escrutinio para tuberculosis latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en dos hospitales del noroeste de México.

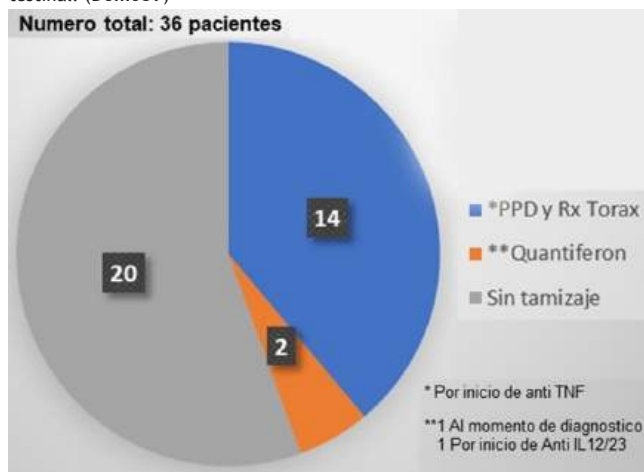
Informe de casos: Véase la Figura 1.

Discusión: Se identificaron 36 casos de EII en el periodo comprendido entre enero de 2020 y junio de 2025, 13,8% (n = 5) con enfermedad de Crohn y 86,11% (n = 31) con CUCI. De éstos, 58,33% (n = 21) se hallaba bajo tratamiento con 5-ASA: 90,47% (n = 19) con mesalazina y 9,52% (n = 2) con sulfasalazina. Hasta 41,66% (n = 15) recibía tratamiento biológico: 93,33% (n = 14) con anti-TNF (11 con infliximab y 3 con adalimumab) y 6,66% (n = 1) con anti-IL-12/23 (ustekinumab), ninguno de ellos con efectos adversos informados durante el tratamiento. En cuanto al cribado para TB latente, como se observa en la Figura 1, se encontró que sólo en 44,44% (n = 16) se realizó escrutinio, 93,75% (n = 15) correspondió a cribado obligatorio por inicio de fármaco biológico, y sólo el 6,25% (n = 1) a cribado temprano al momento del diagnóstico. En 14 pacientes bajo tratamiento biológico con anti-TNF se realizó doble estudio con prueba cutánea de tuberculina más radiografía de tórax, y los dos restantes fueron objeto de tamizaje con Quantiferón gamma. El 100% de los resultados fue negativo para tuberculosis activa o latente y no se reconocieron en los estudios de imagen signos de enfermedad previa.

Conclusiones: Los resultados muestran una baja proporción de pacientes con EII sometidos a cribado para TB latente. La mayoría de los tamizajes se llevó a cabo de manera obligatoria antes del inicio del tratamiento biológico, en tanto que el cribado oportuno al momento del diagnóstico fue prácticamente inexistente. Asimismo, se observó una heterogeneidad en las pruebas empleadas, con predominio del uso de la prueba cutánea de tuberculina y radiografía de tórax, y escasa utilización de pruebas más específicas como el Quantiferón. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estandarizar y reforzar las estrategias de escrutinio para tuberculosis latente en pacientes con EII en el ámbito regional, con el fin de prevenir complicaciones relacionadas y optimizar la seguridad del tratamiento inmunosupresor.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Tamizaje de tuberculosis latente en enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom039)



Dom040

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DIFÍCIL DE TRATAR: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. I. Carrillo-Rojas, C. M. Del Real-Calzada, F. Arreola-Banda, N. Guzmán-Rodríguez, K. A. Torres-Barrera, J. A. González-Cervantes, K. A. Miyagui-Adame, A. I. Robles-Rameño, C. A. Munguía-Lares, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Muchos pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refieren síntomas persistentes a pesar del uso de estrategias terapéuticas avanzadas. En este escenario, la Organización Internacional para el estudio de la EII (IOIBD) propuso el concepto de "EII difícil de tratar" (EII-DTT) e incluye a pacientes con falla o pérdida de respuesta a dos tratamientos

con mecanismos de acción distintos, enfermedad de Crohn (EC) que recurre después de dos resecciones intestinales, pouchitis crónica resistente a antibióticos, EC perianal compleja o presencia de una comorbilidad psiquiátrica que interfiere con el tratamiento de la EII. La prevalencia calculada es de 24,8%, sobre todo al cumplir el criterio de falla terapéutica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EII-DTT en un centro hospitalario de tercer nivel de atención y los factores de riesgo relacionados.

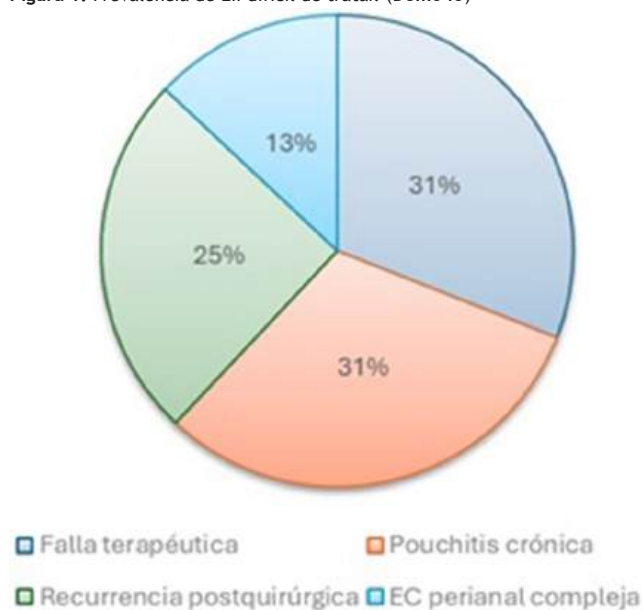
Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerativa (CUCI) o EC, atendidos por el servicio de gastroenterología en el 2025. El diagnóstico de EII-DTT se estableció de acuerdo con los criterios de la IOIBD. Se realizó estadística descriptiva de los pacientes incluidos en el estudio con medias y desviación estándar para las medidas de distribución normal, mediana y rango de distribución libre; número y porcentaje para las nominales y ordinales. La normalidad de los datos se evaluó con la prueba Kolmogorov-Smirnov. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS V25 (IBM, Armonk, NY, USA) y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 235 pacientes, 108 (46%) hombres y 127 (54%) mujeres, con edad de $49,3 \pm 16,4$ años y un tiempo de diagnóstico de $10,6 \pm 8,6$ años. El 72% tuvo diagnóstico de CUCI, con afectación pancolónica en el 51%; el 28% de los pacientes tenía EC y predominio de la afectación ileal e ileocolónica, con fenotipo estenosante en 50% e inflamatorio en 32%. El 58% se encontraba en tratamiento con alguna modalidad avanzada. En 16 (7%) pacientes se cumplieron criterios de EII-DTT, de los cuales 12 (75%) tenían EC y 4 (25%) CUCI; la distribución fue la siguiente: 5 (31%) pacientes mostraron falla terapéutica a dos mecanismos de acción, 5 (31%) sufrían enfermedad perianal compleja, 4 (25%) recurrencia quirúrgica y 2 (13%) pouchitis crónica resistente a antibiótico. Ningún paciente mostró alguna comorbilidad psiquiátrica que limitara el tratamiento (Figura 1).

Conclusiones: La EII-DTT tiene una prevalencia baja en este centro hospitalario y afecta de manera predominante a los pacientes con EC. Se requieren nuevos estudios multicéntricos con mayor número de pacientes para determinar la carga real de la enfermedad en este país.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Prevalencia de EII difícil de tratar. (Dom040)



Dom041

FACTORES ASOCIADOS A LA FALLA A TERAPIA BIOLÓGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El tratamiento biológico se considera en la actualidad una estrategia efectiva para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) resistente

al tratamiento convencional. Sin embargo, su eficacia se ve limitada por la pérdida de respuesta a largo plazo debido a la inmunogenicidad, sobre todo de la terapia anti-TNF.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la falla al tratamiento biológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva y observacional. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de EII que se encontraran bajo terapia biológica en la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recabaron las características demográficas y clínicas. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 55 pacientes, 23 hombres y 32 mujeres, 22 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y 32 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y uno con EII no clasificada. Las características clínicas se detallan en la **Tabla 1**. Hasta 26 de 55 (47,2%) pacientes con EII experimentaron falla al menos a un mecanismo de acción. Los factores relacionados de manera significativa fueron la exposición previa a un fármaco biológico con anti-TNF alfa ($p < 0,05$; RM 13,02; IC95%, 3,6-48,1); tener falla a dos compuestos biológicos previamente ($p < 0,05$; RM 8,18; IC95%, 1,07- 72,1) y la presencia de comorbilidad psiquiátrica ($p < 0,05$; RM 12,4; IC95%, 1,4-108).

Conclusiones: Los factores relacionados con falla al tratamiento biológico fueron la exposición previa de al menos un mecanismo de acción y la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Dom042

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO BASADO EN EL ÍNDICE INTEGRAL YAMAMOTO-FURUSHO Y TASAS DE REMISIÓN PROFUNDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha evolucionado en sus objetivos terapéuticos, así como el tratamiento por objetivos (o *treat to target*). En la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se plantea la

Tabla 1. Características clínicas y resultados. (Dom041)

Característica	Sin falla	Falla	Total	Valor de p
Edad, promedio (DE)	41,8 (17,1)	38,8 (12,5)	NA	NA
Mujeres/hombres	16/13	16/10	55	0,63
Crohn n = 22	10	12	22	0,467
Localización Crohn	Íleon, n (%)	3	8 (36)	0,38
	Colon, n (%)	3	3 (13,6)	0,21
	Ileocolónico, n (%)	6	11 (50)	1
Fenotipo Crohn	Inflamatorio	1	2 (9)	1
	Estenosante	6	13 (59,1)	1
	Fistulizante	3	7 (31,8)	1
CUCI n = 32	18	14	32	0,467
Extensión	Proctitis	0	0 (0)	NA
	Colitis izquierda	2	5 (15,6)	1
	Pancolitis	12	27 (84,4)	0,854
Colitis indiferenciada n = 1	1	0	1 (100)	NA
Resultados	Sin falla	Con falla	Total	Valor de p
MEI	16	16	32	0,63
Dependencia de esteroides	17	13	30	0,52
Resistencia a esteroides	2	4	6	0,31
Uso de ciclosporina	3	1	4	0,354
Intolerancia a tiopurinas	2	3	5	0,55
Enfermedad hepática	1	2	3	0,48
Enfermedad psiquiátrica	1	8	9	0,009
Enfermedad perianal	2	2	4	0,013
Retrasos en las dosis	16	18	34	0,284
Uso previo de anti-TNF alfa	7	21	28	0,00003
Uso previo de anti-IL-12/23	0	2	2	0,219
Uso previo de antiintegrinas	0	4	4	0,06
Falla previa a dos biológicos	0	5	5	0,04
Calprotectina > 1 000 ug/g heces	22	20	42	0,92
PCR > 1 mg/dL	13	14	27	0,5

MEI, manifestaciones extraintestinales; DE, desviación estándar; NA, no aplica.

remisión profunda como objetivo ambicioso (combinación de remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica). El único índice validado que considera los parámetros previos es el índice integral de Yamamoto-Furusho. **Objetivo:** Evaluar el éxito de las diversas estrategias de optimización en el tratamiento en pacientes mexicanos con CUCI.

Material y métodos: Estudio de cohorte que incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI que tuvieran al menos dos evaluaciones clínicas, biomarcadores, colonoscopia larga y toma de biopsias en ambas visitas durante el periodo comprendido entre enero del 2019 y junio del 2025 pertenecientes a la Clínica de EI del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se utilizó el índice integral de Yamamoto-Furusho validado en esta población, el cual incluye parámetros clínicos (evaluaciones sangüinolentas), bioquímicos (hemoglobina, proteína C reactiva ultrasensible y albúmina), endoscópicos (puntuación endoscópica de Mayo) e histológicos (escala de Riley) para optimizar el tratamiento médico. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se evaluó a un total de 72 pacientes con diagnóstico de CUCI (40 mujeres y 32 hombres), 62 pacientes (86%) con pancolitis, 4 con colitis izquierda (5%) y 6 con proctitis (8%). La media de seguimiento fue de 56 meses (intervalo, 21-78 meses). En la evaluación inicial: 33 pacientes (45,8%) se encontraban en remisión profunda y 39 con actividad (54,2%), de los cuales 18 mostraban actividad leve (46%), 15 actividad moderada (38,4%) y 6 actividad grave (15%); y, en la última evaluación, 41 pacientes estuvieron en remisión profunda (56,9%); 31 pacientes tuvieron actividad, 9 con actividad leve (29%), 19 con actividad moderada (61%) y 3 (9,6%) con actividad grave. Se encontró que los individuos con actividad grave tuvieron de manera significativa mayor visitas a urgencias ($p = 0,01$; RM = 12,3; IC95%, 1,3-112,9); más hospitalizaciones ($p = 0,002$; RM = 22,5; IC95%, 2,4-210,5) y mayor necesidad de cirugía ($p = 0,02$; RM = 22,3; IC95%, 1,7-283,6). Los pacientes con actividad moderada tuvieron de manera significativa mayor riesgo de sufrir recaídas ($p = 0,008$; RM = 5,9; IC95%, 1,5-23,3). Por otro lado, los enfermos con remisión profunda inicial experimentaron mejores desenlaces clínicos, como menor riesgo de recaídas ($p = 0,005$; RM = 0,24; IC95%, 0,09-0,65) y mayor probabilidad de mantener la remisión profunda de manera prolongada ($p = 0,0007$; RM = 5,9; IC95%, 2,0-17,0). Cuando se analizaron las estrategias

de optimización, el tratamiento oral y tópico con mesalazina fue un factor protector para recaídas ($p = 0,0004$; RM = 0,08; IC95%, 0,01-0,41), menor número de visitas a urgencias ($p = 0,03$; RM = 0,28; IC 95%, 0,09-0,89) y disminución del grado de actividad ($p < 0,00001$; RM = 78,3; IC95%, 9,1-669,9). El apego al tratamiento tópico mostró relación con disminución del grado de actividad ($p = 0,0002$; RM = 10,4; IC95%, 2,8-38,8). Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La única estrategia de optimización exitosa fue el uso de terapia oral y tópica con mesalazina en relación con mejores desenlaces clínicos. La tasa de remisión profunda mejoró del 45,8% al 56,9% en pacientes mexicanos con CUCI.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Dom043

PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO Y TERAPIA AVANZADA EN POBLACIÓN MEXICANA CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, D. A. García-Alonso, M. Miguel-Alamilla, J. I. Hernández-Honorato, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), es un trastorno inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal. Su etiología incluye factores genéticos, inmunológicos, ambientales y microbianos. El objetivo terapéutico principal es lograr la remisión clínica y endoscópica, de tal modo que se reduzcan así las complicaciones, como las estenosis, las fístulas y el efecto negativo en la calidad de vida. En los casos graves o ante la falla de los tratamientos convencionales, se requieren terapias biológicas o avanzadas. Éstas han demostrado ser efectivas en el control de la enfer-

Tabla 1. Características demográficas y clínicas en pacientes con CUCI. (Dom042)

Característica		Global	REM	LEV	MOD	SEV
Edad, promedio (DE)		48,7 (13,6)	51,2 (15,6)	47,8 (10,6)	44,8 (13,3)	48,8 (9,8)
Mujeres/hombres		40/32	16/17	13/5	9/6	2/4
Extensión	Proctitis	6	4	2	0	0
	Colitis izquierda	4	3	1	0	0
	Pancolitis	62	26	15	15	6
Resultados					Total	Valor de p
Variables		Graves = 6		No graves = 68	72	1
Visitas a urgencias		5		19	24	0,01
Exacerbaciones		5		30	35	0,1
Hospitalización		5		12	17	0,002
Cirugía		1		0	1	0,02
		Moderados = 15		No moderados = 57	72	1
Exacerbaciones		12		23	35	0,008
		Remisión = 33		Activos = 39	72	1
Exacerbaciones		10		25	35	0,005
Mantener la remisión		26		15	41	0,0007
		Apego al tratamiento oral = 56		Sin apego = 16	72	1
Exacerbaciones		21		14	35	0,0004
Visitas urgencias		15		9	24	0,03
Respuesta a optimizaciones		47		1	48	< 0,0001
		Apego a la terapia tópica= 22		Sin apego = 4	26	1
Disminución de actividad		22		10	32	0,0002

REM, remisión profunda; LEV, leve; MOD, moderada; SEV, severa; DE, desviación estándar.

edad. Aunque estos tratamientos han revolucionado el control de la EI, su eficacia y persistencia varían entre los pacientes. Algunos factores como la pérdida de respuesta, los efectos adversos o la progresión de la enfermedad pueden requerir cambios en los esquemas terapéuticos.

Objetivo: Evaluar los patrones de tratamiento, la persistencia y las razones para el cambio en pacientes con EI que reciben terapias biológicas o avanzadas.

Material y métodos: Es un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes con EI que recibieron tratamiento biológico o avanzado desde enero de 2010 hasta mayo de 2024 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se evaluaron el número de líneas de tratamiento, las razones para el cambio y la persistencia en cada línea. Esta última se definió operativamente como la proporción de pacientes que mantuvieron su tratamiento sin cambiar a un fármaco alternativo durante el periodo de seguimiento.

Resultados: Se incluyó a un total de 154 pacientes con diagnóstico de EI: 82 hombres (53,2%) y 72 mujeres (46,8%). La duración promedio de la enfermedad fue de 11 años (intervalo, 1-52). La edad media fue de 53 años (intervalo, 18-96). De éstos, 101 pacientes (65,6%) se diagnosticaron con CUCI y 53 (34,4%) con EC. En los sujetos de EI, la localización de la enfermedad fue ileal en 12 casos (22,6%), colónica en 8 (15,1%) e ileocólica en 33 (62,3%). En cuanto al fenotipo de la enfermedad, el 43,4% mostró un patrón inflamatorio, 43,4% enfermedad estenosante y 13,2% enfermedad penetrante. En los individuos con CUCI, la extensión de la enfermedad fue E1 en 17 casos (16,8%), E2 en 20 (19,8%) y E3 en 64 (63,8%). Antes de iniciar la terapia avanzada, 140 pacientes (90,9%) recibieron tratamiento convencional. Las razones para iniciar terapia biológica fueron falla al tratamiento convencional en 126 pacientes (81,8%) y fenotipo de alto riesgo en 28 (18,2%). Del total de sujetos incluidos, 74 (48,1%) permanecieron en tratamiento de primera línea, 54 (35,1%) en segunda línea, 18 (11,7%) en tercera línea, 5 (3,2%)

en cuarta línea, 2 (1,3%) en quinta línea y 1 (0,6%) en sexta línea. Las tasas de persistencia a un año fueron de 91,6% para la primera línea, 91,3% para la segunda, 92,3% para la tercera, 8,5% para la cuarta y 100% para la quinta y sexta. Al evaluar la persistencia del tratamiento de acuerdo con la clase terapéutica, las tasas más altas se observaron con los agentes anti-TNF alfa. Los patrones de cambio se muestran en la Figura 1.

Conclusiones: Las terapias biológicas desempeñan un papel fundamental en el control de la EI, particularmente en pacientes con falla al tratamiento convencional o con fenotipos de alto riesgo. La mayoría demostró una alta persistencia, en especial durante las primeras líneas de tratamiento, con tasas superiores al 90% en las primeras tres líneas. Sin embargo, la disminución progresiva de la persistencia en las líneas posteriores resalta la necesidad de una evaluación continua de la respuesta al tratamiento y de estrategias terapéuticas personalizadas.

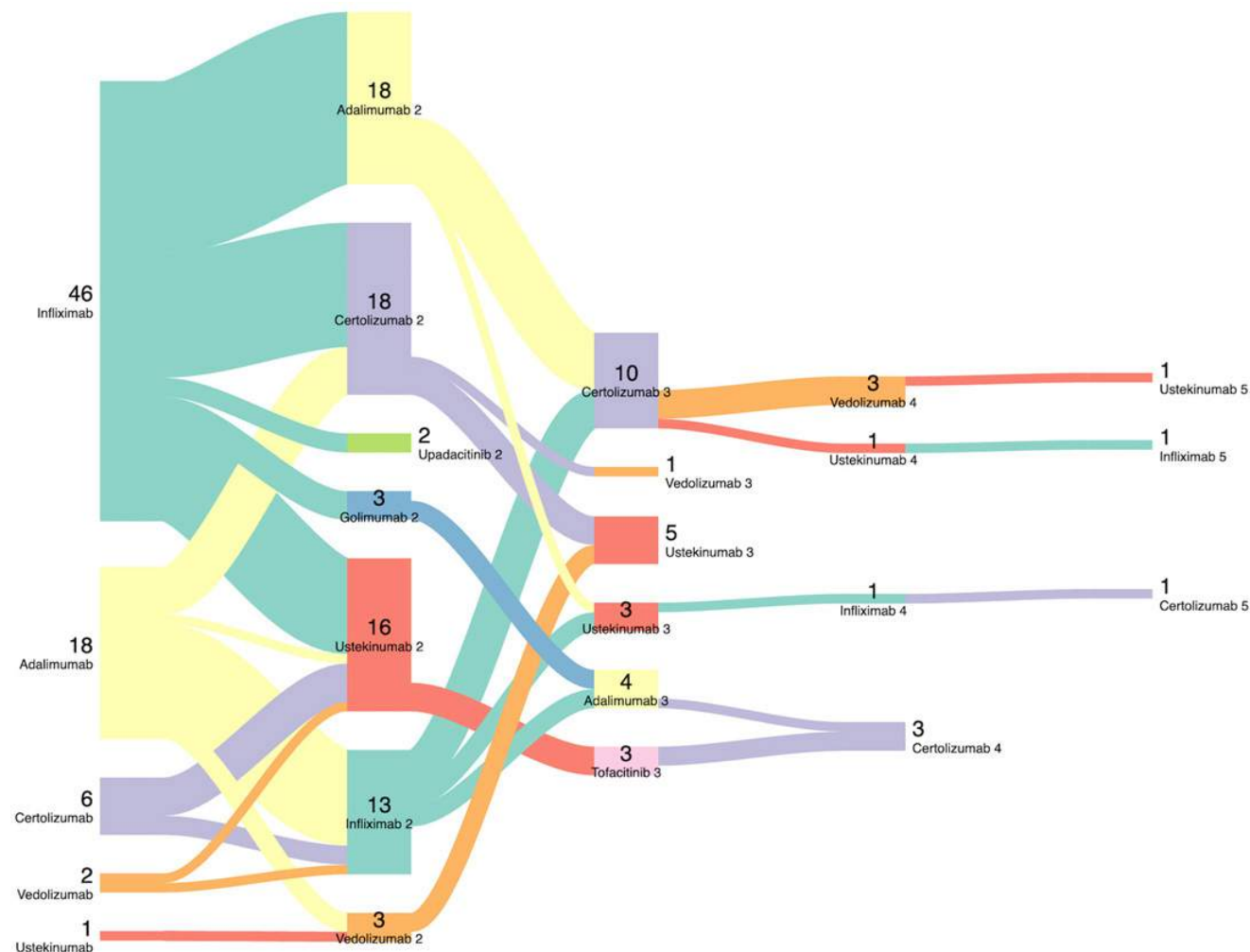
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom044

FRECUENCIA DE DISEASE CLEARANCE Y SUS DESENLACES CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

N. N. Parra-Holguín, S. I. Juárez-Cruz, F. D. Gutiérrez-Guerrero, J. K. Yamamoto-Furusho, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE; Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Figura 1. Diagrama de Sankey: secuencia de tratamientos biológicos en una cohorte mexicana con enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom043)



Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica, incurable y de curso clínico heterogéneo. El concepto de *disease clearance* ha emergido como un objetivo terapéutico ideal, definido por la presencia simultánea de remisión clínica, endoscópica e histológica. Este enfoque integral ha mostrado una relación con mejores desenlaces clínicos a largo plazo, incluido el menor riesgo de hospitalización, cirugía y progresión de la enfermedad. Sin embargo, la frecuencia del *disease clearance* se desconoce en la práctica clínica real, así como los factores clínicos vinculados a nivel mundial.

Objetivo: Determinar la frecuencia de *disease clearance* y los desenlaces clínicos relacionados en pacientes mexicanos con CUCI.

Material y métodos: Es un estudio transversal en el cual se incluyó a un total de 100 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán durante el periodo de enero a mayo del 2025, quienes cumplieron con la definición actual de *disease clearance*: remisión clínica, endoscópica e histológica. El *disease clearance* se evaluó mediante el índice integral de CUCI (índice de Yamamoto-Furusho), el cual evalúa parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v.30 y se utilizó un valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 100 pacientes (57 mujeres y 43 hombres) con una edad promedio de 50 años (intervalo, 22-83 años) y un tiempo medio de evolución de 15 años (intervalo, 2-42 años). La frecuencia del *disease clearance* obtenida fue del 37%. La extensión más frecuente fue colitis extensa (E3) en el 76%, seguida de colitis izquierda (E2) en el 16% y proctitis (E1) en el 8%. De los 100 pacientes con CUCI, el 80% mostró remisión clínica según la puntuación parcial de la escala de Mayo, 50% remisión endoscópica y 45% remisión histológica (calificación de Nancy). En el análisis bivariado se observó una relación significativa entre ausencia del *disease clearance* y mayor número de hospitalizaciones ($p = 0,02$; RM = 3,0; IC95%, 1,11-8,47). En el análisis multivariado por regresión logística se confirmó que los pacientes sin *disease clearance* presentaron ≥ 2 hospitalizaciones (RM: 5,41; IC95%, 1,44-20,28; $p = 0,01$). En la **Tabla 1** se muestra el tratamiento médico instituido en los pacientes que alcanzaron *disease clearance*. Otras variables como edad al diagnóstico de la enfermedad, extensión, tipo de tratamiento y cirugías no mostraron relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: El *disease clearance* se alcanzó en el 37% de los pacientes mexicanos con CUCI. Su ausencia se vinculó con múltiples hospitalizaciones por recaída de la CUCI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Tratamiento utilizado en pacientes que alcanzaron *disease clearance*. (Dom044)

Tratamiento	n (%)
5-aminosalicilatos	35 (35)
Azatioprina	11 (11)
Prednisona	2 (2)
Tratamiento tópico (enemas/supositorios)	15 (15)
Infliximab	2 (2)
Vedolizumab	1 (1)
Ustekinumab	2 (2)

Dom045

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN, ACCESO Y COBERTURA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE REFERENCIA EN MÉXICO

P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, V. Hernández-Antolín, V. N. Sebastián-Ocampo, J. A. Chida-Romero, E. Contreras-Avilés, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), se relaciona con mayor riesgo de infecciones, especialmente en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor. La vacunación es una herramienta clave

en la prevención, pero su cobertura y conocimiento en esta población son aún limitados. Existen pocos datos en México sobre el acceso, percepción y barreras relacionadas con la inmunización en pacientes con EII. Evaluar estos aspectos es esencial para mejorar la atención preventiva en clínicas especializadas y fortalecer estrategias institucionales de vacunación.

Objetivo: Evaluar la percepción, el acceso y la cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos en una clínica especializada de referencia en México, así como identificar barreras y nivel de conocimiento respecto de los esquemas de inmunización en esta población.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en la Clínica de EII del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se incluyó a 59 pacientes con diagnóstico de CUCI o EC, que se hallaban en seguimiento activo y acudían de forma regular a consulta externa. Todos aceptaron participar mediante la aplicación de una encuesta estructurada. El instrumento recabó información sobre antecedentes de vacunación, conocimiento respecto de esquemas especiales e identificación de barreras para la inmunización. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v29.0. Se usaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas, y se aplicaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para la comparación entre grupos, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se encuestó a 59 pacientes con EII, de los cuales 62,7% tenía CUCI y 37,3% EC. En la **Tabla 1** se resumen las características generales, el acceso a los esquemas de vacunación y la percepción de los pacientes en cuanto a su inmunización. Sólo el 52,5% señaló tener un esquema completo de vacunación, mientras que el 33,9% desconocía su estado. El 20,3% refirió contar con cartilla de vacunación. Más de la mitad (55,9%) recibió alguna vacuna posterior al diagnóstico de EII, principalmente contra COVID-19 (91,5%) e influenza (66,1%). La cobertura fue baja para hepatitis A/B (11,9%), neumococo (18,6%) y herpes zóster (5,1%). En relación con el conocimiento, el 23,7% estaba al tanto de la existencia de un esquema especial para pacientes inmunosuprimidos y el 11,9% recibió orientación médica específica sobre vacunación. Las principales barreras identificadas fueron la falta de información (84,7%), la ausencia de indicaciones médicas (25,4%) y el miedo a efectos adversos (13,6%). No obstante, el 89,8% de los participantes consideró la vacunación como muy importante y el 74,5% reconoció su eficacia para prevenir infecciones graves. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con CUCI y EC en la mayoría de las variables evaluadas, con excepción de la vacunación contra herpes zóster, que fue más frecuente en pacientes con EC ($p = 0,029$).

Tabla 1. Percepción y características relacionadas con vacunación en pacientes con EII. (Dom 045)

Variable	Total (n = 59)	CUCI (n = 37)	EC (n = 22)	Valor de p
Esquema completo de vacunación				
Sí	31 (52,5%)	22 (59,5%)	9 (40,9%)	0,186†
No	8 (13,6%)	6 (16,2%)	2 (9,1%)	
Desconoce	20 (33,9%)	9 (24,3%)	11 (50,0%)	
Recibió vacunación posterior al diagnóstico de EII				
Sí	33 (55,9%)	23 (62,2%)	10 (45,5%)	0,238†
No	26 (44,1%)	14 (37,8%)	12 (54,5%)	
Vacuna neumococo				
Sí	11 (18,6%)	5 (13,5%)	6 (27,3%)	0,287†
No	48 (81,4%)	32 (86,5%)	16 (72,7%)	
Vacuna herpes zóster				
Sí	3 (5,1%)	0 (0,0%)	3 (13,6%)	0,029‡
No	56 (94,9%)	37 (100%)	19 (86,4%)	
Vacuna Tdpa				
Sí	12 (20,3%)	6 (16,2%)	6 (27,3%)	0,324†
No	47 (79,7%)	31 (83,8%)	16 (72,7%)	
Conocimiento sobre esquema especial				
Sí	14 (23,7%)	10 (27,0%)	4 (18,2%)	0,522†
No	45 (76,3%)	27 (73,0%)	18 (81,8%)	

Orientación sobre vacunación				
Sí	7 (11,9%)	5 (13,5%)	2 (9,1%)	0,929†
No	40 (67,8%)	27 (73,0%)	13 (59,1%)	
No recuerdo	12 (20,3%)	5 (13,5%)	7 (31,8%)	
Falta de información como barrera				
Sí	50 (84,7%)	30 (81,1%)	20 (90,9%)	0,475†
No	9 (15,3%)	7 (18,9%)	2 (9,1%)	
Miedo a efectos adversos				
Sí	8 (13,6%)	4 (10,8%)	4 (18,2%)	0,446†
No	51 (86,4%)	33 (89,2%)	18 (81,8%)	
Falta de acceso o disponibilidad				
Sí	10 (16,9%)	6 (16,2%)	4 (18,2%)	1,000‡
No	49 (83,1%)	31 (83,8%)	18 (81,8%)	
Costo como barrera				
Sí	3 (5,1%)	3 (8,1%)	0 (0,0%)	0,267‡
No	56 (94,9%)	34 (91,9%)	22 (100%)	
Falta de indicación médica				
Sí	15 (25,4%)	10 (27,0%)	5 (22,7%)	0,758†
No	44 (74,6%)	27 (73,0%)	17 (77,3%)	

† Prueba χ^2 .
‡ Prueba exacta de Fisher (utilizada por bajo tamaño de celda esperada).
EII, enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusiones: La cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos en un centro especializado es subóptima, con brechas importantes en el conocimiento y la orientación médica sobre esquemas especiales para individuos inmunosuprimidos. A pesar de que la mayoría reconoce la importancia de la inmunización, persisten obstáculos como la falta de información, indicaciones médicas limitadas y miedo a los efectos adversos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias educativas y protocolos institucionales que refuercen la inmunización sistemática como parte integral del seguimiento de los pacientes con EII.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom046

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y REPRODUCTIVAS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE REFERENCIA EN MÉXICO

P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, H. Rodríguez-Cruz, V. N. Sebastián-Ocampo, J. A. Chida-Romero, E. Contreras-Avilés, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), afecta con frecuencia a personas jóvenes, con una incidencia máxima entre los 15 y 40 años, lo que coincide con la etapa reproductiva femenina. Las implicaciones clínicas, terapéuticas y reproductivas en mujeres con EII en edad fecunda son relevantes, tanto por el efecto potencial de la enfermedad como por los riesgos relacionados con el tratamiento, la cirugía y el embarazo. Aunque diversos estudios han analizado la evolución de la EII en mujeres embarazadas, existe escasa información regional sobre las características ginecoobstétricas y su relación con el fenotipo clínico y terapéutico de la enfermedad en poblaciones latinoamericanas. La caracterización detallada de estas pacientes en centros de referencia puede contribuir a optimizar estrategias de atención integral y planificación reproductiva segura en mujeres con EII.

Objetivo: Describir y comparar las características clínicas, terapéuticas y ginecoobstétricas de mujeres en edad fértil con EII, atendidas en un centro especializado de referencia en México.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y analítico en la Clínica de EII del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se incluyó a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con diagnóstico confirmado de EII, en seguimiento activo entre marzo de 2023 y junio de 2025. Los datos clínicos, demográficos y ginecoobstétricos se obtuvieron mediante interrogatorio directo y revisión del expediente clínico electrónico institucional. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics®, versión 29. Las variables cuantitativas se compararon con la prueba t de Student para muestras independientes. Para las variables cualitativas se emplearon las pruebas ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, en función del número de observaciones en cada categoría. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De una cohorte de 298 pacientes con EII en seguimiento activo, 61 (20,5%) correspondieron a mujeres en edad fecunda. Del total, 50 pacientes (82,0%) tenían CUCI y 11 (18,0%) EC. En el grupo con CUCI, la presentación más común fue la pancolitis (70,0%), mientras que en el grupo con EC predominó el comportamiento estenosante (54,5%) y la localización ileocólica (36,4%). El uso de terapia avanzada fue significativamente mayor en EC (72,7%) en comparación con CUCI (46,0%), y destacó una mayor utilización del ustekinumab en EC ($p = 0,012$) y del vedolizumab en CUCI ($p = 0,047$). La necesidad de cirugía fue más frecuente en pacientes con EC (45,5%) frente a las de CUCI (10,0%) ($p = 0,012$). En particular, la hemicolectomía derecha fue exclusiva del grupo con EC ($p = 0,031$), en tanto que la colectomía total con reservorio ileal se observó tan sólo en mujeres con CUCI. No se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, variables reproductivas, manifestaciones extraintestinales ni presencia de estoma. La proporción de pacientes que refirieron haber recibido orientación prenatal fue del 42,6%, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Conclusiones: En esta cohorte, el 20,5% de los pacientes con EII en seguimiento activo correspondió a mujeres en edad fértil. Se identificaron diferencias clínicas y terapéuticas entre CUCI y EC, y sobresalió la mayor frecuencia de pancolitis en CUCI, y el fenotipo estenosante y la cirugía mayor en EC. Menos de la mitad recibió orientación prenatal, lo que subraya la necesidad de reforzar la asesoría reproductiva y el abordaje multidisciplinario en este grupo.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom047

RELACIÓN ENTRE COMPOSICIÓN CORPORAL Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿UN NUEVO BIOMARCADOR PRÁCTICO?

L. E. Cardona-Rodríguez, Y. J. Cruz-Ramírez, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La composición corporal se ha acompañado de desenlaces clínicos en enfermedades crónicas como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los parámetros como la masa muscular, la grasa visceral y la grasa corporal total influyen en el estado nutricional, la inflamación sistémica y la respuesta al tratamiento. En la EII, una distribución desfavorable de la grasa corporal, particularmente con aumento de grasa visceral, se ha relacionado con mayor actividad inflamatoria y riesgo de recaídas. Aunque la bioimpedancia eléctrica (BIA) se ha utilizado para evaluar la composición corporal en estos pacientes, aún se requiere más evidencia sobre qué parámetros específicos se vinculan con la actividad clínica. Dada su accesibilidad y bajo costo, su uso podría ser útil para el seguimiento y la toma de decisiones terapéuticas individualizadas.

Objetivo: Evaluar el nexo entre los parámetros de bioimpedancia corporal y el grado de actividad clínica de la enfermedad (AE) en pacientes con EII.

Material y métodos: Se realizó un análisis transversal de pacientes adultos con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) en seguimiento clínico. La actividad de la enfermedad se definió como la presencia de síntomas compatibles junto con hallazgos objetivos, sin explicación por diagnósticos diferenciales. En la CU se empleó el índice de actividad clínica de Mayo y los valores elevados de la proteína C reactiva (PCR). En la EC se usaron los criterios clínicos de la escala de Harvey-Bradshaw, y PCR elevada. Se recolectaron datos de composición corporal mediante bioimpedancia, incluidos grasa visceral, porcentaje de grasa corporal, masa libre de grasa,

masa ósea y masa muscular. El desenlace primario fue la presencia de AE. Se realizaron análisis de regresión logística para determinar *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) y valores de p.

Resultados: Se incluyó a 46 pacientes, de los cuales 24 (52,2%) tenían CU y 22 (47,8%) EC. El 41,3% (n = 19) presentaba AE al momento de la evaluación. De estos casos, el 5,2% (1 paciente) mostraba actividad grave, 31,5% (6 pacientes) actividad moderada y 63,1% (12 pacientes) actividad leve. En cuanto al tratamiento, 39 (84,8%) se encontraban bajo terapia con algún agente biológico y 7 (15,2%) no recibían fármaco biológico. La distribución fue la siguiente: vedolizumab en 11 (23,9%), infliximab en 8 (17,4%), certolizumab en 7 (15,2%), adalimumab en 6 (13,0%), ustekinumab en 5 (10,9%) y tofacitinib en 2 (4,3%). En el análisis de regresión logística, la grasa visceral se vinculó en grado significativo con la actividad clínica de la EII (OR 1,81; IC95%, 1,15-2,86; p = 0,01). Por el contrario, un mayor porcentaje de grasa corporal total se relacionó con menor probabilidad de actividad clínica (OR 0,87 por cada 1% adicional; IC95%, 0,78-0,95; p = 0,004). No se hallaron relaciones significativas con masa libre de grasa, masa ósea o masa muscular. Los resultados se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1*. (Dom047)

Variable	OR	IC95%	Valor de p	Comentario
Grasa visceral (puntos)	1,81	1,15 - 2,86	0,01	Aumento significativo del riesgo de AE por cada punto adicional de grasa visceral.
% Grasa corporal (por 1%)	0,87	0,78 - 0,95	0,004	Por cada 1% adicional de grasa corporal total, el riesgo de AE disminuye significativamente.
Masa libre de grasa (kg)	0,98	0,95 - 1,02	0,31	No se observó relación significativa entre la masa libre de grasa y la AE.
Masa ósea (kg)	1,16	0,35 - 3,85	0,81	No se identificó relación estadísticamente significativa entre masa ósea y AE.
Masa muscular (kg)	0,99	0,95 - 1,05	0,86	No se encontró relación significativa entre masa muscular y AE.

OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza al 95%; AE, actividad clínica de la enfermedad. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0,05. *Elaboración propia.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con EII, un mayor nivel de grasa visceral se vinculó con un mayor riesgo de actividad clínica de la enfermedad, mientras que un mayor porcentaje de grasa corporal total se relacionó con menor riesgo. No se encontró nexo significativo con la masa muscular, la masa ósea o la masa libre de grasa. La evaluación de la composición corporal mediante bioimpedancia puede ser útil para identificar a pacientes con mayor riesgo clínico y complementar el seguimiento de pacientes con EII.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom048

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, J. A. Chida-Romero, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, E. Contreras-Avilés, B. Jiménez-Bobadilla, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC), es una afección crónica del tracto gastrointestinal. Se ha observado prevalencia elevada de ansiedad y depresión en estos pacientes. Aunque no es psicósomática, existe una relación bidireccional entre inflamación y salud mental. Estos trastornos modifican la calidad de vida y la evolución clínica, pero su evaluación es aún limitada en la práctica.

Objetivo: Analizar los grados de ansiedad y depresión en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática y enfermedad de Crohn atendidos en una clínica especializada en EII de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico realizado en 50 pacientes con diagnóstico confirmado de EII, atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México entre marzo y abril de 2025. Se aplicaron los instrumentos psicométricos validados: *Hospital anxiety and depression scale* (HADS) y Escala de depresión de Hamilton (Hamilton-D) para evaluar los síntomas afectivos. Se registraron y analizaron las variables demográficas, clínicas y bioquímicas. Se utilizó el software IBM SPSS Statistics v.26. La prueba t de Student se aplicó para comparar variables continuas entre grupos (CU vs. EC), mientras que las variables categóricas se compararon mediante ji cuadrada (χ^2). Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes: 32 con CUCI y 18 con EC. La edad media fue de $37,7 \pm 13,4$ años, sin diferencias significativas entre grupos

Tabla 1. Características clínicas, emocionales y bioquímicas de pacientes con EII (n = 50). (Dom048)

Variable	Total (n = 50)	CUCI	Crohn	Valor de p
Edad, media $\pm$ DE (mín-máx)	37,7 $\pm$ 13,4 (17-66)	36,3 $\pm$ 13,5 (19-66)	40,2 $\pm$ 13,5 (17-63)	0,252
Género, n (%):				N/S
- Masculino	23 (46,0%)	15 (46,9%)	8 (44,4%)	
- Femenino	27 (54,0%)	17 (53,1%)	10 (55,6%)	
HADS-D, media $\pm$ DE	12,62 $\pm$ 2,76	12,53 $\pm$ 2,56	12,77 $\pm$ 3,15	N/S
HADS-A, media $\pm$ DE	7,78 $\pm$ 2,62	7,68 $\pm$ 2,54	7,94 $\pm$ 2,83	N/S
Hamilton-D, media $\pm$ DE	25,42 $\pm$ 4,53	25,31 $\pm$ 4,59	25,6 $\pm$ 4,53	N/S
Ansiedad según HADS, n (%):				0,951
- Sin ansiedad	23 (46,0%)	16 (50,0%)	7 (38,9%)	
- Ansiedad	27 (54,0%)	16 (50,0%)	11 (61,1%)	
Depresión según HADS, n (%):				0,457
- Sin depresión	2 (4,0%)	1 (3,1%)	1 (5,6%)	
- Depresión	48 (96,0%)	31 (96,8%)	17 (94,4%)	
Depresión según Hamilton, n (%):				N/S
- Sin depresión	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
- Depresión	50 (100,0%)	32 (100,0%)	18 (100,0%)	
Calprotectina fecal	224 (91,9 - 800)	201 (94 - 677)	374 (33 - 1132)	N/S
Proteína C reactiva	2,63 (0,5 - 16,06)	2,3 (0,47 - 11,24)	3,3 (0,88 - 30,95)	N/S
Truelove y Witts modificado	9 (6,75 - 10,25)	9 (9 - 11)	-	N/S
Harvey-Bradshaw	0 (0 - 0,5)	-	4 (0 - 8)	N/S

(p = 0,252). El 54% correspondió a mujeres. La prevalencia de depresión clínica fue alta: 96% según HADS y 100% de acuerdo con la escala de Hamilton. La ansiedad, según HADS, se identificó en el 54% de los pacientes. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad o depresión entre pacientes con CUCI y EC (HADS-D: p = 0,457; HADS-A: p = 0,951; Hamilton-D: p = N/S). Las características completas se presentan en la **Tabla 1**. Los valores de calprotectina fecal y proteína C reactiva (PCR) fueron mayores en pacientes con EC en comparación con CUCI (mediana de calprotectina: 374 µg/g vs. 201 µg/g; PCR: 3,3 mg/L vs. 2,3 mg/L), aunque sin significancia estadística. Este patrón es clínicamente esperable, dado el carácter transmural y más sistémico de la inflamación en la EC.

Conclusiones: Los pacientes con EII de esta cohorte mostraron alta carga afectiva, con prevalencia alarmante de síntomas depresivos y ansiosos significativos, al margen del tipo de enfermedad. La ausencia de diferencias estadísticas entre CUCI y EC sugiere que el efecto emocional no depende de la localización o fisiopatología, sino del efecto de vivir con una enfermedad crónica. Estos hallazgos sustentan la necesidad urgente de implementar estrategias de tamizaje estructurado en salud mental como parte del abordaje integral en clínicas especializadas en EII, así como de establecer vías de intervención psicológica o psiquiátrica oportunas, incluso en ausencia de actividad inflamatoria evidente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom049

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 12 CASOS

E. Melgoza-Ruiz, L. Gallardo-Alvarado, A. Samano-Urquiza, J. Becerril-Aguilar, A. Lupian-Sánchez, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico de evolución progresiva y fenotipo variable, con afectación potencial de todo el tracto gastrointestinal. Su inflamación transmural y discontinua favorece complicaciones, como estenosis, fístulas y abscesos. Al tratarse de una enfermedad crónica, a pesar de los avances terapéuticos

con inmunomoduladores y biológicos, muchos pacientes requieren múltiples esquemas y algunos desarrollan complicaciones quirúrgicas. Estudiar su evolución permite anticiparse a formas complejas de la enfermedad.

Objetivo: Describir las características clínicas y terapéuticas y la evolución de pacientes con EC atendidos en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en 12 pacientes con diagnóstico de EC confirmado (por biopsia), atendidos entre 2020 y 2025. La información se recolectó mediante la revisión sistemática de expedientes clínicos electrónicos institucionales. Se capturaron variables demográficas, fenotipo clínico según la clasificación de Montreal (edad al diagnóstico, localización y comportamiento de la enfermedad), tratamiento farmacológico, presencia de complicaciones estructurales, hospitalizaciones, cirugías relacionadas y evolución clínica. Se realizó análisis descriptivo de frecuencias y tendencias clínicas.

Resultados: Entre enero del 2020 y julio de 2025 se evaluó y trató a 12 pacientes, 5 (41%) hombres y 7 (58,3%) mujeres; las características generales se describen en la **Tabla 1**. La mediana de edad al diagnóstico fue de 53 años (intervalo, 31-86). Siete (58,7%) pacientes presentaron manifestaciones extraintestinales, tres de ellos con espondilitis anquilosante. Según la Clasificación de Montreal, 10 pacientes correspondieron a A3 (edad > 40 años) y 2 a A2 (17-40 años). La localización ileocolónica (L3) fue la más común (n = 6), seguida por L1 (n = 3) y L2 (n = 3). El comportamiento estenosante (B2) predominó (n = 6), seguido del fistulizante (B3, n = 3) y el inflamatorio (B1, n = 2). La combinación más frecuente fue A3L3B2. Respecto del tratamiento, 11 de los 12 individuos recibieron tratamiento biológico en algún momento de la evolución de su enfermedad; 7 (58,3%) pacientes usaron más de uno y 8 (66,7%) se sometieron a cirugía por alguna complicación, 4 (33,3%) a tratamiento endoscópico y 5 (41,7%) requirieron atención intrahospitalaria más de tres veces. El seguimiento osciló entre 1 y 13 años.

Conclusiones: Esta serie de casos representa un primer esfuerzo por documentar de forma sistemática las características clínicas y terapéuticas de pacientes con EC en esta unidad especializada. La mayoría presentó fenotipos complicados al momento del diagnóstico, en particular comportamiento estenosante y necesidad de cirugía. Estos hallazgos refuerzan la importancia del tamizaje temprano, el seguimiento estrecho y la optimización oportuna del tratamiento. La clasificación de Montreal demostró ser útil para anticipar evolución desfavorable y guiar decisiones clínicas. Este estudio retrospectivo sienta las bases para futuras investigaciones prospectivas que permitan avanzar hacia una atención más personalizada y basada en evidencia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características clínicas y terapéuticas de pacientes con enfermedad de Crohn, desglosadas por sexo (enero 2020-julio 2025)*. (Dom049)			
Variable	Hombres (n = 5)	Mujeres (n = 7)	Total (n = 12)
Edad al diagnóstico	59 (mínimo 41-máximo 86)	53 (mínimo 31- máximo 73)	
Índice de masa corporal	17,7 (mínimo 14,1-máximo 29,6)	24,2 (mínimo 16,6-máximo 37,3)	
Tabaquismo	3 (60%)	1 (14,3%)	4
Comorbilidades			
DT2	1 (20%)	3 (42,9)	4
HAS	1 (20%)	1 (14,3%)	2
Fenotipo			
Fistulizante	2 (40%)	1 (14,3%)	3
Estenosante	3 (60%)	5 (71,4%)	8
Inflamatorio		1 (14,3%)	1
Localización predominante			
Ileocolónica	4 (80%)	2 (28,6%)	6
Colónica	0	3 (42,9%)	3
Ileal	1 (20%)	2 (28,6%)	3
Clasificación de Montreal			
A3L3B1	1 (20%)		1
A3L3B3	2 (20%)		2
A3L3B2	1 (20%)	2 (28,6%)	3

A3L1B3	1 (20%)		1
A3L2B1		1 (14,3%)	1
A3L2B2		1 (14,3%)	1
A3L1B2		1 (14,3%)	1
A2L2B2		1 (14,3%)	1
A2L1B2		1 (14,3%)	1
MEI	3 (60%)	4 (57,1%)	7
Tratamiento			
Biológico			
Uso de más de dos biológicos	2 (40%)	3 (42,9%)	5
Inmunomoduladores	4 (80%)	2 (28,6%)	6
Anemia (hemoglobina < 12 g/dL en mujeres, < 13 g/dL en hombres)	3 (60%)	3 (42,9%)	6
Neoplasia	1 (20%)	1 (14,3%)	2
Cirugía	4 (80%)	4 (57,1%)	8
Tratamiento endoscópico	1 (20%)	3 (42,9%)	4
> 3 hospitalizaciones	3 (60%)	3 (42,9%)	6

DT2, diabetes tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica; clasificación de Montreal, A (edad al diagnóstico): A1 (< 17 años), A2 (17-40 años), A3 (> 40 años); L (íleon terminal), L1 (ileal), L2 (colónica), L3 (ileocolónica); B (comportamiento), B1 (inflamatorio), B2 (estenosante), B3 (fistulizante); MEI, manifestaciones extraintestinales. *Tabla de elaboración propia a partir de los datos del estudio. Porcentaje calculado sobre el total de pacientes.

Dom050

EXPERIENCIA CLÍNICA CON USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL NORESTE DE MÉXICO

A. J. Castro-Beltrán, A. Y. Ruiz-Flores, B. E. Rodríguez-Baños, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, UMAE, IMSS

Introducción: El ustekinumab, un anticuerpo monoclonal que actúa sobre la subunidad p40 de las IL-12 y 23, ha mostrado ser efectivo en estudios clínicos pivotaes para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa (CUCI), especialmente en pacientes que no han respondido a tratamientos anteriores. Sin embargo, hay escasa evidencia publicada sobre su uso en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica al ustekinumab en pacientes con enfermedad de Crohn y CUCI atendidos en un hospital de tercer nivel en el noreste de México. Se analiza la respuesta clínica a las 8, 16 y 52 semanas, así como su relación con variables clínicas relevantes.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en un hospital de tercer nivel en el noreste de México. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn o CUCI) que recibieron tratamiento con ustekinumab entre enero de 2021 y junio de 2025. La principal variable dependiente evaluada fue la respuesta clínica, definida como una mejora sintomática documentada en las notas de seguimiento médico. Para el análisis estadístico se efectuó un análisis descriptivo de las variables clínicas mediante frecuencias absolu-

tas y relativas. No se aplicaron pruebas de significancia estadística debido al tamaño reducido de la muestra.

Resultados: Se incluyó a 13 pacientes con EII, de los cuales seis tenían diagnóstico de CUCI y siete de enfermedad de Crohn. En la CUCI, la respuesta clínica a las ocho semanas fue del 83,3% y la remisión a las 52 semanas fue del 40%. Los mejores resultados se observaron en pacientes que habían recibido sólo un fármaco biológico previo (100% a las ocho semanas, 50% a las 52 semanas) y que tenían una evolución mayor de 10 años. La remisión a las 52 semanas fue del 33% en pacientes que habían tenido cirugía previa y del 50% en aquellos que no la habían tenido. En el caso de la enfermedad de Crohn, todos los pacientes mostraron respuesta a las ocho semanas (100%). De los que llegaron a la semana 16 (n = 5), el 100% mantuvo esa respuesta; sin embargo, sólo uno de los tres que se evaluaron a la semana 52 seguía en remisión (33%). La respuesta sostenida fue más común en individuos menores de 40 años, aquéllos con menos tiempo de evolución y enfermos con antecedentes de cirugías. Los pacientes ya expuestos a dos o más fármacos biológicos revelaron una buena respuesta inicial, pero su remisión clínica fue menor. En la **Tabla 1** se resumen los resultados.

Conclusiones: El ustekinumab demostró una tasa elevada de respuesta clínica durante la fase de inducción en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados previamente con fármacos biológicos. Sin embargo, la tasa de remisión a la semana 52 fue más baja, sobre todo en aquéllos con múltiples tratamientos previos y mayor edad de diagnóstico. Los mejores resultados se registraron en sujetos con una menor carga terapéutica y antecedentes quirúrgicos. Entre las principales limitaciones se encuentran el tamaño reducido de la muestra y la variabilidad en el seguimiento de los pacientes al momento de seleccionar la muestra.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Tasas de respuesta clínica al ustekinumab en pacientes con EII (CUCI y Crohn) estratificadas por número de fármacos biológicos y anti-TNF previos, en las semanas 8, 16 y 52. Sólo se consideró a los individuos evaluables en cada punto de seguimiento. (Dom050)							
Subgrupo	n total	n evaluables sem 8	Resp sem 8 (%)	n evaluables sem 16	Resp sem 16 (%)	n evaluables sem 52	Resp sem 52 (%)
Diagnóstico							
CUCI	6	6	83,3	5	60%	5	40%
Biológicos previos							
1 biológico previo	2	2	100%	2	100%	2	50%
≥ 2 biológicos previos	4	4	75%	3	33%	3	33%

anti-TNF previos							
1	2	2	100%	2	100%	1	50%
> 2	4	4	75%	3	33%	3	33%
Crohn	7	7	100%	5	100%	3	33%
Biológicos previos							
1 biológico previo	2	2	100%	1	100%	0	-
≥ 2 biológicos previos	5	5	100%	4	100%	3	33%
Anti-TNF previos							
1	4	4	100%	3	100%	1	0%
> 2	3	3	100%	2	100%	2	50%

Dom051

RESPUESTA CLÍNICA CON DOSIS DE INDUCCIÓN DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON EII Y USO PREVIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS

B. E. Rodríguez-Baños, A. Y. Ruiz-Flores, A. J. Castro-Beltrán, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, UMAE, IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de trastornos inflamatorios crónicos del tracto gastrointestinal, como la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). El upadacitinib, un inhibidor de la cinasa Janus, ha mostrado eficacia clínica en estudios clínicos pivote en paciente con enfermedad inflamatoria intestinal y fracaso en tratamientos biológicos previos; sin embargo, en este medio no se cuenta con estudios de investigación suficientes.

Objetivo: Valorar la respuesta clínica con el inicio de upadacitinib en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y fracaso de las terapias biológicas previas.

Material y métodos: Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal confirmada (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) atendidos en hospital UMAE 25 de la ciudad de Monterrey, de enero de 2021 a junio de 2025. Tipo de estudio: observacional retrospectivo, descriptivo y tipo serie de casos. Intervención: los seis pacientes recibieron upadacitinib (45 mg/día) como inducción (ocho semanas); como variable dependiente se evaluó la respuesta clínica durante estas semanas y como variables independientes la edad al diagnóstico, la extensión de la enfermedad y la falla a la terapia biológica previa. Se usaron índices clínicos: para CUCI la calificación de Mayo y para la enfermedad de Crohn la CDAI. No se emplearon pruebas de significancia estadística por el tamaño pequeño de la muestra.

Resultados: Se incluyó a seis pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal, cuatro con colitis ulcerosa y dos con enfermedad de Crohn, que iniciaron tratamiento con upadacitinib en fase de inducción (45 mg/día por ocho semanas). Todos los pacientes habían recibido antes entre uno y tres tratamientos biológicos, incluidos anti-TNF (adalimumab/infliximab), vedolizumab, golimumab y ustekinumab, con pérdida de respuesta secundaria o falla primaria. A las ocho semanas de tratamiento, cinco de los seis pacientes (85%) mostraron mejoría clínica evidente, definida como reducción de las puntuaciones de actividad clínica: en la colitis

ulcerosa una disminución promedio de 4,2 puntos en la calificación de Mayo parcial; y en la enfermedad de Crohn una reducción promedio de 120 puntos en la CDAI. También se registró una reducción de los marcadores inflamatorios: la proteína C reactiva decreció en cinco de los seis pacientes. Estos hallazgos sugieren que el upadacitinib es una opción eficaz y bien tolerada como tratamiento de inducción en pacientes con EII moderada a grave con exposición previa a múltiples terapias biológicas. En esta serie de casos se evaluó la respuesta clínica al upadacitinib en fase de inducción en seis pacientes con EII (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) con falla a múltiples tratamientos biológicos previos. Todos los pacientes experimentaron mejoría clínica significativa a las ocho semanas, con reducción de las puntuaciones de actividad clínica y algunos marcadores inflamatorios, sin aparición de efectos adversos graves. Los resultados pueden consultarse en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Estos hallazgos coinciden con los resultados de los estudios pivote U-ACHIEVE y U-ACCOMPLISH en la colitis ulcerosa y U-EXCEL/EXCEED en la enfermedad de Crohn, en los cuales el upadacitinib demostró eficacia clínica y endoscópica incluso en pacientes previamente expuestos a múltiples terapias biológicas. Los principales límites del estudio son el tamaño reducido de la muestra, la ausencia de evaluación endoscópica sistemática y el corto tiempo de seguimiento. No obstante, este informe aporta información real en el contexto clínico latinoamericano, en el que los estudios de vida real con inhibidores de JAK aún son escasos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom052

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS CON INFlixIMAB BIOCOMPARABLE

V. Hernández-Antolín, R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, H. Rodríguez-Cruz, J. A. Chida-Romero, V. N. Sebastián-Ocampo, B. Jiménez-Bobadilla, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), es un trastorno inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal. El infliximab,

Tabla 1. Tasa de respuesta clínica en fase de inducción con upadacitinib en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom051)

Paciente	Tipo EII	Edad al Dx	Biológicos previos	Actividad basal	Semana 8	Resp clínica	Efectos adversos
P1	E. Crohn	55	Adalimumab, certolizumab, ustekinumab	CDAI 274	CDAI 139	Sí	No
P2	CUCI	28	Infliximab, golimumab, tofacitinib	Mayo 8	Mayo 3	Sí	No
P3	CUCI	11	Infliximab, tofacitinib	Mayo 7	Mayo 3	Sí	No
P4	CUCI	33	Infliximab	Mayo 7	Mayo 3	Sí	No
P5	CUCI	29	Infliximab	Mayo 6	Mayo 2	Sí	No
P6	E. Crohn	22	Adalimumab, ustekinumab, infliximab, vedolizumab	CDAI 217	CDAI 168	No	No

así como sus biocomparables, ha demostrado eficacia en la inducción y el mantenimiento de la remisión clínica en ambas entidades. La actividad clínica se evalúa mediante la escala de Truelove y Witts (TLW) en CUCI y el *Crohn's disease activity index* (CDAI) en la EC. La calprotectina fecal constituye un biomarcador no invasivo útil para ambas formas de EI, al reflejar con sensibilidad la inflamación intestinal. Su monitoreo sistemático permite optimizar la toma de decisiones terapéuticas y mejorar los desenlaces clínicos. **Objetivo:** Analizar la evolución clínica y bioquímica de pacientes con EI tratados con infliximab biocomparable, mediante el seguimiento de la calprotectina fecal y las escalas de actividad clínica específicas (TLW en CUCI, CDAI en EC).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y longitudinal en la Clínica de EI del Hospital General de México Eduardo Liceaga. De 130 pacientes con terapia avanzada, 25 recibían infliximab biocomparable y 12 cumplieron seguimiento clínico y bioquímico completo a 12 meses. La actividad clínica se evaluó con la escala de TLW (CUCI) y el CDAI (EC) y la actividad bioquímica mediante calprotectina fecal. Las mediciones se efectuaron al inicio del tratamiento, a los cuatro y 12 meses. Las variables se expresaron como media $\pm$ DE o mediana y rango intercuartílico, de acuerdo con la distribución. Se aplicó ANOVA de medidas repetidas para variables con distribución normal y la prueba de Friedman para las no paramétricas, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis se realizó con SPSS v.29.0.

Resultados: Se analizó a 12 pacientes con EI, de los cuales 58,3% tenía CUCI y 41,7% EC. La edad media fue de $39,8 \pm 12,07$ años y el 58,3% correspondió a hombres. Todos recibían infliximab biocomparable; el 33,3% había utilizado otro biológico con anterioridad, en particular vedolizumab en la CUCI. El 50% experimentó manifestaciones extraintestinales, con predominio de las artralgias. Tres pacientes con EC tenían antecedentes quirúrgicos. Las características completas se detallan en la **Tabla 1**. En la CUCI, la escala de Truelove y Witts disminuyó sin significancia estadística. En la EC, el CDAI se redujo de $169 \pm 41,0$ a 66 ± 15 ($p = 0,02$). La calprotectina fecal mostró un descenso significativo tanto en CUCI ($p = 0,005$) como en EC ($p = 0,02$), lo que refleja una mejoría bioquímica en ambos subtipos (**Tabla 1**).

Conclusiones: El tratamiento con infliximab biocomparable se relacionó con una mejoría clínica significativa en la enfermedad de Crohn y una reducción sostenida de la calprotectina fecal en ambos subtipos de EI. En la CUCI, la mejoría clínica no alcanzó significancia estadística, aunque mostró una tendencia favorable. El monitoreo combinado de índices clínicos y biomarcadores fecales demostró ser una herramienta útil para evaluar la respuesta terapéutica de forma integral.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Tabla 1. Evolución de la actividad clínica y bioquímica en pacientes con EI tratados con infliximab biocomparable. (Dom052)

Variable	EI (n = 12)	CUCI (n = 7)	EC (n = 5)
Diagnóstico	100%	7 (58,3%)	5 (41,7%)
Sexo masculino	7 (58,3%)	3 (25%)	4 (33,3%)
Sexo femenino	5 (41,7%)	4 (33,3%)	1 (8,3%)
Edad media (años $\pm$ DE)	$39,8 \pm 12,07$	$39,42 \pm 12,08$	$32 \pm 12,07$
IMC media ($\text{kg}/\text{m}^2 \pm \text{DE}$)	$24,8 \pm 3,16$	$24,8 \pm 2,16$	$27 \pm 3,8$
Clasificación Montreal CUCI			
E1	—	0 (0%)	—
E2	—	2 (16,7%)	—
E3	—	5 (41,7%)	—
Clasificación Montreal EC			
A1	—	—	0 (0%)
A2	—	—	5 (41,7%)
A3	—	—	0 (0%)
L1	—	—	0 (0%)
L2	—	—	3 (25%)

L3	—	—	1 (8,3%)
L4	—	—	1 (8,3%)
B1	—	—	0 (0%)
B2	—	—	2 (17%)
B3	—	—	3 (25%)
P (sí)	—	—	1 (8,3%)
Biológico previo	4 (33,3%)	3 (25%)	1 (8,3%)
Tipo de biológico previo	—	Vedolizumab (3, 25%)	Ustekinumab (1, 8,3%)
Motivo de cambio	—	Falta de respuesta (3, 25%)	Falta de respuesta (1, 8,3%)
Manifestaciones extraintestinales	6 (50%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)
Artralgias	—	3 (25%)	1 (8,3%)
Poderma gangrenoso + artralgias	—	1 (8,3%)	—
Hepatitis autoinmune + colangitis esclerosante primaria	—	1 (8,3%)	—
Cirugías previas	—	—	3 (25%)
Escala de Truelove y Witts	—	—	—
Mes 0	—	$11,28 \pm 3,5$	—
Mes 4	—	$10,42 \pm 0,97$	—
Mes 12	—	$10,0 \pm 1,0$	—
Valor de p	—	$p > 0,05^*$	—
Calprotectina fecal ($\mu\text{g}/\text{g}$)	—	—	—
Mes 0	—	1680 (472-5000)	700 (251-768,5)
Mes 4	—	385 (77-1456)	124 (47,5-218,5)
Mes 12	—	200 (56-247)	26 (12-80,0)
Valor de p	—	$p = 0,005^{**}$	$p = 0,02^{**}$
Índice CDAI	—	—	—
Mes 0	—	—	$169 \pm 41,0$
Mes 4	—	—	$141,2 \pm 60,1$
Mes 12	—	—	66 ± 15
Valor de p	—	—	$p = 0,02^*$

CDAI, *Crohn's disease activity index*. *Análisis mediante ANOVA de medidas repetidas. **Análisis mediante prueba de Friedman. +Valores expresados en media $\pm$ desviación estándar. Los valores se expresan como mediana y rango intercuartílico. n (%) = frecuencia absoluta y porcentaje respecto del total de cada grupo.

Dom053

RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN ENFERMEDAD DE CROHN: IMPACTO DEL FENOTIPO CLÍNICO Y UTILIDAD DE BIOMARCADORES NO INVASIVOS. ANÁLISIS UNICÉNTRICO

V. Hernández-Antolín, R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, H. Rodríguez-Cruz, J. A. Chida-Romero, E. Contreras-Avilés, B. Jiménez-Bobadilla, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La recurrencia clínica tras una cirugía en la enfermedad de Crohn (EC) aún representa un desafío en la práctica de la coloproctología. La identificación de factores clínicos relacionados y el monitoreo con biomarcadores no invasivos como la calprotectina fecal (CPF) pueden facilitar una vigilancia más eficaz, aunque su aplicabilidad sigue en evaluación.

Objetivo: Describir el perfil clínico y quirúrgico de pacientes con EC sometidos a cirugía abdominal en un centro de referencia y analizar los factores vinculados con recurrencia clínica, con énfasis en el fenotipo de enfermedad y el uso de biomarcadores no invasivos.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal realizado en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México. Entre marzo de 2023 y mayo de 2025 se registró a 78 pacientes con EC, de los cuales 34 (43,6%) requirieron algún tipo de tratamiento quirúrgico. Sólo 9 (11,5%) pacientes se sometieron a cirugía abdominal con resección intestinal y conformaron la cohorte de análisis. Se recolectaron variables clínicas, demográficas, clasificatorias (Montreal), manifestaciones extraintestinales, tipo de cirugía, uso de tratamiento biológico actual y anterior a la recurrencia, así como valores de CPF en etapas prequirúrgicas y posquirúrgicas. Se evaluó su vinculación con la recurrencia clínica posoperatoria.

Resultados: Se analizó a nueve pacientes, con edad media de 51,2 ± 18,2 años, de los cuales el 66,6% correspondió a mujeres. La localización ileocolónica fue la más común (55,5%) y predominó el patrón estenosante (88,8%). Tres pacientes (33,3%) tenían enfermedad perianal y fueron los únicos que desarrollaron recurrencia clínica posoperatoria. En cuanto al tratamiento actual, el 77,7% recibía terapia biológica activa al momento del estudio: ustekinumab (44,4%) y adalimumab, infliximab y vedolizumab (11,1% cada uno). El 22,2% se hallaba bajo vigilancia sin tratamiento biológico. El 44,4% de los pacientes que sufrieron recurrencia había recibido terapia biológica en el periodo anterior a dicho episodio. No se observó una relación entre el uso previo de terapia biológica y la recurrencia (p > 0,05). La CPF prequirúrgica mostró una mediana de 668,5 µg/g (RIC: 211,5-678,5), que disminuyó a 21,5 µg/g (RIC: 15,7-21,3) en el periodo posquirúrgico, sin diferencias significativas en relación con la recurrencia (p > 0,05). En contraste, la presencia de enfermedad perianal se vinculó de forma consistente con recurrencia posoperatoria (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y terapéuticas de pacientes con EC sometidos a cirugía abdominal (n = 9). (Dom053)		
Variable	Valor	
Sexo, n (%):	Femenino 6 (66,6)	
Edad media, años (DE):	51,2 (± 18,2)	
Clasificación Montreal, n (%):		
A2	4 (44,4)	
A3	5 (55,5)	
L1 (íleon)	2 (22,2)	
L2 (colon)	1 (11,1)	
L3 (ileocolónico)	5 (55,5)	
L4 (tracto alto)	1 (11,1)	
B2 (estenosante)	8 (88,8)	
B3 (penetrante)	1 (11,1)	
(p) Enfermedad perianal	3 (33,3)	
Recurrencia clínica, n (%):	3 (33,3)	
Manifestaciones extraintestinales:	Artralgias 3 (33,3), sin manifestaciones 6 (66,6)	
Terapia biológica actual, n (%):	Ustekinumab 4 (44,4), adalimumab 1 (11,1), infliximab 1 (11,1), vedolizumab 1 (11,1), sin biológico 2 (22,2)	
Terapia biológica previa a recurrencia, n (%):	4 (44,4)	
CPF prequirúrgica (µg/g), mediana (RIC):	668,5 (211,5-678,5)	
CPF posquirúrgica (µg/g), mediana (RIC):	21,5 (15,7-21,3)	

Conclusiones: En este análisis unicéntrico, la enfermedad perianal se acompañó de manera consistente de recurrencia clínica tras la cirugía abdominal en pacientes con EC. Ni los valores de calprotectina fecal ni el uso previo de biológicos mostraron utilidad pronóstica. La evaluación fenotípica es todavía crucial para estratificar el riesgo y optimizar el seguimiento posoperatorio.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom054

FRECUENCIA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EL USO DE BIOLÓGICOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

M. M. Alamilla-Pérez, M. A. Rocha-Ramos, J. G. Gómez-López, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), requiere con frecuencia tratamiento con inmunomoduladores y fármacos biológicos para controlar la inflamación. Sin embargo, la inmunosupresión inducida eleva el riesgo de infecciones oportunistas, entre ellas la tuberculosis (TB), tanto en su forma latente como en la activa. En zonas con alta prevalencia de TB, como México, este riesgo se acentúa. La detección oportuna y el tamizaje eficaz resultan fundamentales antes de iniciar la inmunosupresión.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de tuberculosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y administración de biológicos.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyó a 170 pacientes con diagnóstico confirmado de EII (CU o EC), atendidos en la Clínica de EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Se documentaron casos de tuberculosis (latente o activa) confirmados con estudios complementarios. Se analizaron variables demográficas, tipo de terapia recibida, comorbilidades, resultados de la prueba de tuberculina (PPD) o prueba de liberación de interferón gamma (Quantiferon®) y estado nutricional. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se evaluó a 170 pacientes con EII; 110 tenían CU (64,7%) y 60 EC (35,3%). Se identificaron ocho casos de tuberculosis (4,7%); siete fueron TB latente (87,5%) y uno TB activa pulmonar (12,5%). La edad promedio de los pacientes con TB fue de 54 años. Predominó el sexo masculino con 6 (75%) hombres y 2 (25%) mujeres. El biológico relacionado más a menudo fue el infliximab, utilizado por 5 (62,5%) pacientes, seguido del adalimumab y el certolizumab con un caso cada uno (12,5%); ningún paciente se hallaba bajo terapia combinada con tiopurinas. Respecto del tamizaje previo, 6 (75%) presentaron PPD negativo, 1 (12,5%) tuvo resultado negativo con Quantiferon® y 1 (12,5%) desarrolló TB antes de iniciar la inmunosupresión. En todos los casos se descartaron otras infecciones virales mediante TORCH y panel viral. Tres pacientes (37,5%) mostraron comorbilidades, como diabetes mellitus, hipertensión arterial o una enfermedad autoinmune distinta. El estado nutricional fue adecuado en la mayoría, 7 (87,5%) pacientes con normopeso y 1 (12,5%) con sobrepeso.

Conclusiones: La tuberculosis representa una complicación importante en individuos con EII bajo inmunosupresión, especialmente con agentes anti-TNFα como el infliximab, presente en el 62,5% de los casos. Aunque se realizó tamizaje previo, se observaron falsos negativos en 75% con PPD y 12,5% con IGRA. Esto subraya la necesidad de preferir pruebas con mayor sensibilidad en zonas de alta prevalencia. Se recomienda implementar protocolos de tamizaje más eficaces y mantener una vigilancia estrecha durante el tratamiento inmunosupresor para prevenir, detectar y tratar oportunamente esta infección.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom055

SALUD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. E. Cardona-Rodríguez, S. M. Narváez-Chávez, M. A. Quiñónez-Barrera, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico caracterizado por inflamación sistémica persistente. Se ha vinculado con mayor riesgo cardiovascular, incluso sin los factores típicos, como hipertensión, dislipidemia o tabaquismo. No obstante, los estudios disponibles son limitados y heterogéneos, basados en herramientas como el *Framingham risk score*, el SCORE europeo o los marcadores aislados como la PCR, elevada en presencia de inflamación activa. En 2022, la *American Heart Association* desarrolló el *Life's essential 8* (LE8), una herramienta integral que evalúa la salud cardiovascular mediante ocho componentes: dieta, actividad física, tabaquismo, sueño, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, lípidos y glucosa. En la población general, una mayor puntuación LE8 se ha acompañado de menor mortalidad, riesgo cardiovascular y mejor calidad de vida. Sin embargo, su aplicación en EII aún no se ha explorado. Varios componentes del LE8, como el sueño, la glucosa y el IMC, pueden alterarse por inflamación activa o uso de inmunosupresores. Su evaluación en EII puede ofrecer una visión más completa del estado clínico y el riesgo cardiovascular, y superar las limitaciones de herramientas convencionales.

Objetivo: Evaluar la salud cardiovascular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal mediante el empleo de la herramienta *Life's essential 8* (LE8)

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes adultos con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC), con evaluación clínica reciente y datos suficientes para calcular el LE8. La actividad de la enfermedad se definió por síntomas compatibles y hallazgos objetivos (índice de Mayo y PCR para CU; Harvey-Bradshaw y PCR para EC), tras descartar diagnósticos diferenciales. Se realizaron análisis univariados para explorar la relación entre actividad clínica y las categorías de la puntuación LE8 (bajo, moderado, alto).

Resultados: Se incluyó a 38 pacientes: 23 con CU (61%) y 15 con EC (39%). Hasta 11 (29%) pacientes presentaban actividad clínica de la enfermedad (AE): 6 leve (54,5%), 4 moderada (36,3%) y 1 grave (9,09%). El 47% correspondió a hombres y el 39% tenía ≥ 60 años. Siete pacientes (18%) usaban estatinas. El 82% (n = 31) se hallaba bajo terapia biológica y los fármacos más utilizados fueron vedolizumab (23,7%), infliximab (21,1%), certolizumab (21,1%), adalimumab (10,5%), tofacitinib (5,3%) y ustekinumab (2,6%). Los pacientes con LE8 bajo tuvieron mayor riesgo de AE (OR 6,67; IC95%, 1,23-36,05; p = 0,028). Esta relación persistió tras ajustar por sexo (OR 6,74; IC95%, 1,23-36,94; p = 0,029). El uso de estatinas se acompañó de mayor probabilidad de presentar una puntuación LE8 alta o moderada (OR 7,0; IC95%, 1,03-47,4; p = 0,046). No se observaron diferencias significativas en la puntuación LE8 de acuerdo con el tipo de biológico empleado. Estos hallazgos sugieren una posible relación entre el perfil cardiovascular y la actividad inflamatoria intestinal, independiente del tratamiento para EII. Los resultados se detallan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La puntuación LE8 baja se vincula significativamente con mayor probabilidad de actividad clínica de la enfermedad en pacientes con EII. Estos resultados respaldan el valor del LE8 como herramienta pronóstica complementaria, al reflejar no sólo el estado de salud cardiovascular, sino posiblemente también la carga inflamatoria activa. Su implementación en la práctica clínica podría facilitar la identificación de pacientes con mayor riesgo de descompensación clínica y apoyar decisiones terapéuticas más integrales. El hallazgo de un LE8 más favorable en consumidores de estatinas podría estar influido por intervenciones previas o sesgos de indicación, lo que exige exploración futura en estudios longitudinales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom056

EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN RIESGO SUBESTIMADO

M. A. Rocha-Ramos, N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, T. Cortés-Espinoza, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal incluye afecciones como la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), las cuales son trastornos sistémicos que lesionan el tracto gastrointestinal y pueden presentar múltiples manifestaciones extraintestinales. Las personas con EII tienen un mayor riesgo de desarrollar episodios trombóticos en 8 a 25% debido a diversos factores, entre ellos inflamación crónica, consumo de medicamentos inmunosupresores y comorbilidades metabólicas, enfermedades cardiovasculares y autoinmunes y algunos otros factores modificables, como obesidad, tabaquismo y grado de actividad de la enfermedad. Este vínculo entre la EII y el riesgo trombótico destaca la importancia de una atención adecuada para reducir el riesgo de complicaciones vasculares en estos pacientes y la de identificar manifestaciones clínicas de manera temprana.

Objetivo: Determinar la frecuencia de episodios trombóticos en la población de pacientes con EII en un hospital de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Este estudio retrospectivo y observacional incluyó a los pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) entre los meses de enero del 2022 y marzo del 2025; se estudiaron factores de riesgo que podrían contribuir al desarrollo de trombosis, como edad, género, tratamiento convencional, terapia biológica, temporalidad de desarrollo de coagulopatía; además, se empleó la escala de Mayo y el índice de Harvey-Bradshaw para clasificar su enfermedad.

Resultados: Se incluyó a un total de 157 pacientes con diagnóstico confirmado de EII; la frecuencia de episodios trombóticos fue de 7,64% (12), 66,7% (n = 8) con diagnóstico de CUCI y 33,3% (n = 4) con EC. La edad promedio fue de 64,17 años (25-97 años) y la mayor frecuencia se observó en mujeres: 66,7% (8) vs. 33,3% (4) hombres. La coagulopatía manifiesta antes del diagnóstico de EII fue menor (25% [3]) respecto de después del diagnóstico (66,7% [9]). Hasta 8,3% (1) se encontraba bajo tratamiento convencional, 66,7% (8) con terapia biológica y 16,7% (2) con ninguna de las anteriores al momento de su diagnóstico. En la escala de Harvey-Bradshaw, el 50% (2) de los pacientes tuvo 4 puntos, el 25% (1) registró 6 puntos y otro 25% (1) obtuvo 3 puntos. En la escala de Mayo, el 57,14% (4) mostró 3 puntos, el 28,57% (2) tuvo 2 puntos y el 14,29% (1) alcanzó 6 puntos. Las coagulopatías identificadas fueron evento vascular cerebral (EVC) en 33,3% (4), trombosis venosa profunda en 25% (3), cardiopatía isquémica en 16,7% (2), isquemia mesentérica en 8,3% (1), trombosis oftálmica en 8,3% (1) y trombosis ileofemoral en 8,3% (1).

Conclusiones: Los episodios trombóticos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representan una complicación relevante. A pesar de la importancia de estos hallazgos, no existen estudios ni consensos específicos en la población mexicana sobre la trombosis en la EII. Este estudio resalta la necesidad de protocolos de detección y atención temprana para reducir las complicaciones vasculares en estos pacientes.

Financiamiento: Este trabajo no cuenta con ninguno financiamiento.

Tabla 1. (Dom055)

Variable	Comparación	OR (IC95%)	p	Comentario
Estado clínico "enfermedad activa"	LE8 bajo vs. moderado/alto	6,67 (1,23-36,05)	0,028	Los pacientes con AE tienen ≥7 o más riesgo de una puntuación baja LE8
Con actividad de la enfermedad (ajustado por sexo)	LE8 bajo vs. moderado/alto	6,74 (1,23-36,94)	0,029	La relación persiste tras controlar sexo → efecto independiente
Uso actual de estatinas	LE8 alto/moderado vs. bajo	7,0 (1,03-47,4)	0,046	Los consumidores de estatinas tienen 7 veces más riesgo de LE8 alto o moderado
Tipo de biológico: anti-TNF	LE8 bajo vs. moderado/alto	0,83 (0,12-5,85)	0,302	Tendencia hacia menor riesgo cardiovascular con anti-TNF, pero sin significancia estadística y con IC amplios
Otros: vedolizumab, ustekinumab, moléculas pequeñas (tofacitinib)	LE8 bajo vs. moderado/alto	3,76 (0,18-80,11)	0,61	No se observó una relación estadísticamente significativa entre el uso de medicamentos no anti-TNF y la probabilidad de presentar puntuación LE8 bajo. El IC amplio refleja baja potencia estadística.

OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza al 95%; AE, actividad clínica de la enfermedad; LE8, *Life's essential 8*. Se consideró significativa una p < 0,05.

Dom057

RELACIÓN TEMPORAL ENTRE ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES MEXICANOS

M. A. Rocha-Ramos, M. M. Alamilla-Pérez, N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional Hospital 20 de Noviembre

Introducción: Las enfermedades inmunomediadas (EIM) comparten una base fisiopatológica con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII); la coexistencia de estas entidades sugiere la presencia de mecanismos inmunológicos posiblemente mediados por vías inflamatorias compartidas y la susceptibilidad genética. Determinar si las EIM aparecen antes, coexisten o se desarrollan después de la EII podría ayudar a optimizar estrategias de tamizaje y prevención secundaria.

Objetivo: Determinar la relación temporal entre el diagnóstico de enfermedades inmunomediadas y la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes mexicanos de un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo que incluyó a 149 pacientes con diagnósticos de EII, como enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y EIM; se revisaron los expedientes clínicos, con recopilación de datos demográficos y clínicos, y se registraron fechas específicas de diagnóstico para cada enfermedad a fin de analizar la secuencia temporal de aparición.

Resultados: En este estudio retrospectivo se analizó la temporalidad en relación con EII y EIM; se incluyó a 149 pacientes, de los cuales 51,7% (n = 77) correspondió a mujeres y 48,3% (n = 72) a hombres; respecto de la EII, el 63,8% (n = 95) tenía CUCI y el 36,2% (n = 54) EC y el 20,8% (n = 31) presentó alguna enfermedad inmunomediada, con 58,8% que mostró EIM en un tiempo promedio de cinco a 10 años antes del diagnóstico de EII. La artropatía fue la más frecuente con 6,7% (n = 10), seguida de la colangitis esclerosante primaria (CEP) con 4,7% (n = 7), rinitis alérgica con 2,7% (n = 4), dermatitis atópica con 2,0% (n = 3), artritis reumatoide con 1,3% (n = 2), vitiligo con 1,3% (n = 2), asma con 1,3% (n = 2), psoriasis con 0,7% (n = 1), arteritis de Takayasu con 0,7% (n = 1), lupus eritematoso sistémico con 0,7% (n = 1) y tiroiditis con 0,7% (n = 1).

Conclusiones: Este estudio proporciona evidencia relevante sobre la relación temporal entre las enfermedades inmunomediadas (EIM) y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en una cohorte de pacientes mexicanos atendidos en un centro de tercer nivel. Se encontró una frecuencia de 58,8% de EII posterior al diagnóstico de EIM, lo cual sugiere una posible conexión fisiopatológica entre ambas entidades, que podría estar mediada por mecanismos inmunológicos comunes o predisposición genética compartida. En conjunto, los resultados obtenidos permiten concluir que existe una vinculación temporal significativa entre la EII y las EIM, con un desarrollo más frecuente de estas últimas antes del diagnóstico de EII. Esta observación sugiere que los pacientes con EII deben vigilarse de forma sistemática y prolongada para la identificación oportuna de otras enfermedades inmunomediadas, lo cual podría modificar de forma positiva el pronóstico, la calidad de vida y la planificación terapéutica.

Financiamiento: Este trabajo no cuenta con ninguno financiamiento.

Dom058

TERAPIA CON UPADACITINIB: EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. I. Carrillo-Rojas, C. M. Del Real-Calzada, F. Arreola-Banda, N. Guzmán-Rodríguez, K. A. Torres-Barrera, J. A. González-Cervantes, A. I. Robles-Ramírez, C. A. Munguía-Lares, G. Morales-Osorio, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor selectivo de la cinasa Janus (JAK); al bloquear esta vía, se inhibe la fosforilación de proteínas efectoras dependientes, lo que a su vez bloquea la señalización de citocinas en vías clave implicadas en la enfermedad inflamatoria. Este fármaco recibió aprobación de la FDA para el tratamiento de la colitis ulcerativa (CUCI) en 2022 y

la enfermedad de Crohn (EC) en 2023. Dado su rápido mecanismo de acción, la respuesta clínica puede observarse desde la segunda semana y alcanzar la remisión clínica en ocho a 12 semanas, con un adecuado perfil de seguridad y baja frecuencia de efectos adversos en los primeros meses de tratamiento, incluidos los hematológicos (anemia, leucopenia, trombocitopenia), los infecciosos (particularmente infecciones de vías respiratorias superiores), los dermatológicos (acné), además de hipertransaminasemia y dislipidemia. **Objetivo:** Describir la experiencia clínica con el uso del upadacitinib en pacientes con CUCI y EC.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI o EC, atendidos en el servicio de gastroenterología que se encuentran en tratamiento con upadacitinib. Se realizó estadística descriptiva con medias y desviación estándar para las medidas de distribución normal, mediana y rango de distribución libre; número y porcentaje para las nominales y ordinales. La normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS V25 (IBM, Armonk, NY, USA) y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes, de los cuales tres fueron hombres y 14 mujeres; 12 tenían EC y 5 CUCI, con edad de 49,1 años. De los pacientes con CUCI, uno tenía clasificación de Montreal E2 y 4 E3; en los sujetos con EC, la afectación predominante fue ileal, con un fenotipo inflamatorio en 58%; seis pacientes mostraron compromiso superior. El tiempo de diagnóstico fue de 4,4 años. Todos los individuos tenían actividad moderada en el momento de inicio del tratamiento. Seis recibieron el tratamiento como primera línea terapéutica, 10 como segunda línea después de falla a un anti-TNF y una paciente como tercera línea después de falla a dos anti-TNF. El tiempo promedio de uso fue de 4,9 ± 2,4 meses. La respuesta clínica se observó a las 2,7 ± 0,7 semanas y la remisión clínica se alcanzó a las 6,2 ± 1,2 semanas en la totalidad de los casos. Para evaluar la normalización de la calprotectina se contó con datos de ocho pacientes y el tiempo fue de 13,5 ± 1,7 semanas. Un paciente desarrolló herpes labial en el primer mes de tratamiento; no se observaron efectos secundarios hematológicos o dermatológicos ni alteraciones en bioquímica hepática o dislipidemia (Tabla 1).

Conclusiones: El upadacitinib representa una alternativa terapéutica que logra una rápida respuesta clínica y tiene un adecuado perfil de seguridad en los primeros meses de tratamiento. Es necesario conducir estudios que evalúen la respuesta sostenida y los efectos secundarios a largo plazo.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características de los pacientes que recibieron tratamiento con upadacitinib. (Dom058)

	CUCI 5 (29%)	EC 12 (71%)
Sexo		
Hombres	1 (20%)	2 (20%)
Mujeres	4 (80%)	10 (80%)
Edad, años	54,4 ± 7,4	46,9 ± 14,4
Tiempo de diagnóstico, años	7,4 ± 6,1	3,2 ± 3,3
Tiempo de tratamiento, meses	5,4 ± 1,5	3,8 ± 2,8
Respuesta clínica, semanas	3,0 ± 1,0	2,6 ± 0,7
Remisión clínica, semanas	5,6 ± 1,5	5,6 ± 1,5
Remisión bioquímica, semanas	13,0 ± 2,0	14,0 ± 1,6

Dom059

FRECUENCIA DE DISPLASIA Y CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI): ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 14 AÑOS (2010-2024)

L. Medina-Montalvo, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es un subtipo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la que se ha identificado un

mayor riesgo de desarrollar displasia y cáncer colorrectal (CCR), especialmente en casos de larga evolución y extensión de la enfermedad, colangitis esclerosante primaria concomitante y antecedentes familiares de esta neoplasia. Este riesgo se ha calculado en 1,6 a 3,7% en metaanálisis mundiales. Sin embargo, no existen estudios realizados en Latinoamérica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de displasia o CCR en pacientes con CUCI atendidos en la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y describir su relación con características clínicas, endoscópicas e histológicas.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron los libros de biopsias y especímenes quirúrgicos del departamento de patología del INCMNSZ durante el periodo de enero de 2010 a enero de 2024. Se recolectaron las características de los pacientes con diagnóstico de CUCI y confirmación histopatológica de displasia de cualquier grado y CCR. El análisis de los datos se realizó en el lenguaje de programación R versión 4.5.0 mediante RStudio versión 2025.05.0+496. Se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluó a 714 pacientes con CUCI, de los cuales 22 (3,08%) desarrollaron displasia o CCR y se excluyó a tres por no contar con datos completos en el expediente clínico. Se analizó a un total de 19 pacientes con CUCI con displasia o CCR. El 57,9% se diagnosticó con CUCI después de los 40 años. La mediana de edad al diagnóstico de displasia o CCR fue de 54 años (RIQ 47-64,5). La mediana del tiempo de evolución fue de 12 años (RIQ 3,5-21). Se observó predominio del sexo masculino (68,4%). La mayoría tuvo un curso clínico intermitente (63,2%) y pancolitis (78,9%). Al momento del diagnóstico de displasia/CCR, el 57,9% presentaba actividad clínica grave y el 94,7% actividad histológica grave o intensa en el 52,6%. Tres pacientes desarrollaron colangitis esclerosante primaria. Sólo se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de curso clínico y la gravedad clínica de CUCI al momento del diagnóstico de displasia o CCR ($P = 0,01$) y se identificó un predominio de actividad grave en los pacientes con curso clínico intermitente y continuo, en comparación con aquéllos en remisión prolongada.

Conclusiones: La frecuencia de displasia y CCR fue del 3,08% en pacientes mexicanos con CUCI en el INCMNSZ. Las características más frecuentes fueron: actividad grave clínica e histológica, así como curso intermitente de actividad y pancolitis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento ni patrocinio de algún tipo.

Dom060

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. D. Prieto-Nava, A. Gutiérrez-Castillo, F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca, principalmente, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La EII también puede tener manifestaciones extraintestinales (MEI), como estomatitis aftosa, eritema nodoso, hidradenitis supurativa, pioderma gangrenoso, colangitis esclerosante primaria (CEP), espondiloartropatía axial y periférica, así como escleritis, episcleritis y uveítis. Las MEI pueden relacionarse o no con la actividad intestinal.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de MEI en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo en el que se evaluó a pacientes con diagnóstico definitivo de EC y CUCI durante el periodo del 1 de enero del 2020 al 31 de mayo del 2025 pertenecientes a la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 27.

Resultados: Se evaluó a un total de 472 pacientes con EII (380 con CUCI y 92 con EC), de los cuales 197 (41,73%) presentaron MEI, 151 con CUCI (31,99%) y 46 con EC (9,74%). La frecuencia de las diferentes MEI se distribuyó de la siguiente manera: articulares en 140 pacientes con EII (29,66%), 108 con CUCI (22,88%) y 32 con EC (6,77%); seguidas de las hepatobiliares en 37 (7,83%), todos con CUCI; las dermatológicas en 27 (5,72%), 17 con CUCI (3,60%) y 10 con EC (2,11%); y las oftalmológicas en 15 con EII (3,17%), 10 con CUCI (2,11%) y 5 con EC (1,05%), como se ilustra en la **Tabla 1**. Cabe destacar que se identificó a 38 pacientes con EII (8,05%) que sufrieron de manera concomitante enfermedades inmunomediadas (27 con CUCI [5,72%] y 11 con EC

[2,33%]), las cuales se muestran en la **Tabla 1**. Por último, 33 pacientes con EII (6,99%) tuvieron más de una MEI, 28 con CUCI (5,93%) y 5 con EC (1,06%); 31 pacientes (6,56%) cursaron con dos MEI; un paciente tuvo tres MEI (0,2%) y uno más desarrolló cuatro MEI (0,2%).

Conclusiones: La frecuencia de MEI en pacientes con EII fue del 41,73% y la manifestación más frecuente fueron las artalgias en el 25,93%; cabe destacar que la CEP sólo se reconoció en pacientes con CUCI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Distribución de las manifestaciones extraintestinales en pacientes mexicanos con EII. (Dom060)

Pacientes con EII (n = 472)		
Manifestaciones extraintestinales	CUCI	Crohn
n = 197 (41,73%)	n = 151 (31,99%)	n = 46 (9,74%)
Musculoesqueléticas, n = 140 (29,66%)		
Espondiloartropatía periférica	93 (19,70%)	28 (5,93%)
Artralgias	85 (18,00%)	25 (5,29%)
Espondiloartropatía axial	15 (3,17%)	4 (0,84%)
Artritis	13 (2,75%)	3 (0,63%)
Sacroileitis	2 (0,42%)	0
Hepatobiliares, n = 37 (7,83%)		
Colangitis esclerosante primaria	32 (6,77%)	0
Dermatológicas, n = 27 (5,72%)		
Pioderma gangrenoso	8 (1,69%)	3 (0,63%)
Eritema nodoso	7 (1,48%)	3 (0,63%)
Estomatitis aftosa	1 (0,21%)	2 (0,42%)
Hidradenitis supurativa	1 (0,21%)	1 (0,21%)
Oftalmológicas, n = 15 (3,17%)		
Uveítis	8 (1,69%)	5 (1,05%)
Escleritis	1 (0,21%)	0
Episcleritis	1 (0,21%)	0
Inmunomediadas, n = 38 (8,05%)		
Espondilitis anquilosante	15 (3,17%)	4 (0,84%)
Hepatitis autoinmune	5 (1,05%)	0
Artritis reumatoide	4 (0,84%)	1 (0,21%)
Asma	3 (0,63%)	1 (0,21%)
Artritis psoriásica	2 (0,42%)	0
Dermatitis atópica	1 (0,21%)	0
Diabetes tipo 1	1 (0,21%)	0
Hipotiroidismo por tiroiditis	1 (0,21%)	4 (0,84%)
Psoriasis	0	1 (0,21%)
Esclerosis múltiple	0	0
Lupus eritematoso sistémico	0	0

Dom061

DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EVALUACIÓN MEDIANTE LA ESCALA ASEX

A. I. Reyna-Aréchiga, L. A. González-Torres, A. J. Torre-De León, A. Atilano-Díaz, C. A. Arnaud-Gil, M. A. Martínez-Vázquez, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba dos trastornos crónicos idiopáticos, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, caracterizados por inflamación recurrente del tracto gastrointestinal. La EII tiene un efecto profundo en la calidad de vida sexual de los pacientes debido

a factores fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan la percepción de la propia imagen corporal, la intimidad y la función sexual. La *Arizona sexual experiences scale* (ASEX) se desarrolló como una herramienta breve para evaluar la función sexual en poblaciones clínicas y de investigación. En México no existen estudios que evalúen la prevalencia ni los determinantes de la disfunción sexual en pacientes con EII, lo que subraya la necesidad de generar evidencia local para diseñar estrategias diagnósticas y terapéuticas adaptadas al contexto nacional.

Objetivo: Describir la prevalencia de disfunción sexual en pacientes mexicanos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal con uso del cuestionario ASEX.

Material y métodos: El diseño del estudio es observacional y transversal, ya que se realiza una única medición en el tiempo, sin intervención en la atención de los pacientes. Este enfoque permite describir la calidad sexual y explorar relaciones entre las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con EII, todo ello sin alterar las prácticas habituales de atención médica. La población de estudio está compuesta por hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de EII que acudieron a consulta al Centro Médico Zambrano Hellion durante el periodo comprendido entre mayo y julio del 2025.

Resultados: En el periodo de mayo a julio del 2025 se invitó a 40 pacientes a formar parte de este estudio, cuatro se negaron a participar, dos aceptaron pero se retiraron del estudio al terminar de leer; el resultado fue la conformación de 34 pacientes para su análisis. La mediana de edad fue de 33 (28-47) años, con una predominancia del sexo femenino, 21 (61,8%) contra 13 (38,2%) del masculino. La mayoría de los pacientes sufría CUCI en comparación con Crohn (67,6% vs. 32,4%). En cuanto al tratamiento para la EII, 22 (64,7%) tenían uso previo de fármacos biológicos y 3 (8,8%) consumían esteroides; 6 (17,6%) de los pacientes tenían indicados medicamentos antidepresivos. En cuanto al cuestionario, se observó que 10 (29,4%) de los individuos padecían disfunción sexual acorde a los criterios de la encuesta y de ellos seis correspondieron a sujetos con CUCI y cuatro a individuos con Crohn; 7 (20,6%) de los pacientes cumplieron con el criterio de una puntuación > 19, 4 (11,8%) satisficieron el criterio de tres elementos del cuestionario con 4 y hasta 6 (17,6%) cumplieron el criterio de un valor de cinco en las preguntas de las encuestas. El análisis comparativo entre tipos de EII no mostró una diferencia significativa entre los pacientes con CUCI y Crohn ($p = 0,538$). No se identificó una diferencia significativa entre los pacientes con y sin disfunción sexual respecto de hospitalizaciones, exacerbaciones, alcoholismo, tabaquismo o consumo de antidepresivos. Se creó una tabla comparativa (Tabla 1) en la que se muestra la proporción por enfermedad de disfunción sexual de acuerdo con su actividad y la temporalidad de su diagnóstico, sin observar resultados significativos. También se valoraron, como un total, las diferencias entre enfermedad activa e inactiva, así como el diagnóstico reciente (< 2 años) o no reciente contra la disfunción sexual sin hallar resultados significativos ($p = 0,382$ y $p = 0,393$).

Conclusiones: En este estudio se reconoció una prevalencia relevante de disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal evaluados mediante la escala ASEX, sin reconocer diferencias estadísticamente significativas al comparar por el tipo de enfermedad, el grado de actividad o

el tiempo desde el diagnóstico. Aunque no se hallaron relaciones significativas entre la disfunción sexual y la actividad inflamatoria ($p = 0,382$), ni con el tiempo de evolución de la enfermedad ($p = 0,393$), se evidenció que incluso los pacientes en remisión pueden desarrollar alteraciones de su función sexual. Los hallazgos descritos en este estudio subrayan la importancia de incorporar herramientas específicas de evaluación, como la escala ASEX, en el abordaje integral de los pacientes con EII, cualquiera que sea el estado de actividad de su enfermedad. La identificación temprana de este problema puede mejorar la calidad de vida y guiar intervenciones multidisciplinarias más eficaces.

Financiamiento: Ninguno.

Dom062

SARCOPENIA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EVALUACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Y. J. Cruz-Ramírez, L. E. Cardona-Rodríguez, R. S. Vélez-Ramírez, J. G. López-Gómez, Centro Médico, Hospital 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI), es una afección crónica del tracto gastrointestinal caracterizada por un curso inflamatorio fluctuante y multifactorial. Se ha documentado que los pacientes con EII poseen un mayor riesgo de desarrollar alteraciones nutricionales y trastornos de la composición corporal, entre ellos la sarcopenia, definida como la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular esquelética y función muscular. La aparición de sarcopenia en pacientes con EII se ha relacionado con mayor morbilidad, peor calidad de vida, menor respuesta a los tratamientos inmunosupresores y mayor tasa de complicaciones quirúrgicas.

Objetivo: Determinar la relación entre sarcopenia y enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) mediante métodos de cribado rápido, que incluyen bioimpedancia eléctrica, dinamometría y prueba de caminata.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 43 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la Clínica de EII del CMN 20 de Noviembre. La sarcopenia se evaluó mediante métodos de cribado rápido validados por la FDA: bioimpedancia eléctrica para masa muscular, dinamometría manual para fuerza y prueba de marcha para funcionalidad. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v29.0, tras aplicar regresión logística binaria para determinar relaciones, con significancia estadística definida por $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de sarcopenia fue de 19,6% ($n = 9$) y el 80,4% ($n = 37$) no presentó esta alteración. No se halló vinculación significativa entre sarcopenia y sexo ($p = 0,500$). La edad mostró una relación estadísticamente significativa con sarcopenia ($p = 0,015$). El índice de masa corporal (IMC) no se vinculó de manera significativa con sarcopenia ($p = 0,748$). La aparición de osteopenia se relacionó significativamente y de forma positiva ($p = 0,011$; $OR = 9,45$), lo cual indica que los pacientes con osteopenia tienen aproximadamente 9,5 veces mayor riesgo de desarrollar sarcopenia. La fragilidad se vinculó significativamente ($p = 0,023$; $OR = 7,29$), lo que confirma que es un factor de riesgo para la pérdida muscular. El tipo de EII mostró influencia: la enfermedad de Crohn se acompañó de mayor probabilidad de sarcopenia en comparación con CUCI ($p = 0,040$; $OR = 0,375$). No se observaron nexos significativos entre la sarcopenia y la duración del diagnóstico ($p = 0,623$), el estado clínico compensado o descompensado ($p = 0,419$), ni el uso de tratamientos biológicos ($p = 0,845$). El antecedente de cirugías se relacionó de forma significativa con sarcopenia ($p = 0,015$), con un *odds ratio* < 1 ($OR = 0,138$), lo que sugiere una relación inversa o compleja que requiere mayor análisis en estudios futuros (Tabla 1).

Conclusiones: La sarcopenia afecta aproximadamente al 20% de los pacientes con EII en esta población estudiada; se acompaña de manera significativa de osteopenia y fragilidad funcional, factores que elevan el riesgo de deterioro musculoesquelético. La enfermedad de Crohn muestra una mayor relación con sarcopenia en comparación con la colitis ulcerosa. No se identificaron relaciones significativas con sexo, índice de masa corporal, duración del diagnóstico, estado clínico o indicación de fármacos biológicos. Estos resultados enfatizan la importancia de implementar protocolos multidimensionales que incluyan la valoración de masa ósea y funcional para la detección y atención oportuna de la sarcopenia en esta población.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Comparación de la proporción de disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal según el tipo de enfermedad, la actividad clínica y el tiempo desde el diagnóstico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos analizados. (Dom061)

	Disfunción sexual	Significancia
Actividad		
Crohn (remisión)	2 (18,2%)	$p = 0,819$
Crohn (activa)	2 (18,2%)	
CUCI (remisión)	4 (17,4%)	$p = 0,576$
CUCI (activa)	2 (8,7%)	
Diagnóstico reciente		
Crohn (reciente)	2 (18,2%)	$p = 0,576$
Crohn (no reciente)	2 (18,2%)	
CUCI (reciente)	1 (4,3%)	$p = 0,179$
CUCI (no reciente)	5 (21,7%)	

Tabla 1. Se evaluó la relación entre sarcopenia y diversas variables clínicas y funcionales en 43 pacientes con EI, una muestra conformada por pacientes con colitis ulcerosa (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC). La prevalencia de sarcopenia fue del 19,6% (n = 9), mientras que el 80,4% (n = 37) no desarrolló esta anomalía. No se identificó relación significativa entre sarcopenia y sexo (p = 0,500). La edad mostró una relación estadísticamente significativa con sarcopenia (p = 0,015), aunque la dirección del efecto (OR = 0,138) sugiere una menor probabilidad de sarcopenia con el aumento de la edad, lo cual podría deberse a limitaciones en la categorización etaria o al tamaño de la muestra. El índice de masa corporal (IMC) no se vinculó significativamente con sarcopenia (p = 0,748). En cuanto a las características relacionadas con la enfermedad, la osteopenia se acompañó de modo significativo y positivo de sarcopenia (p = 0,011; OR = 9,45), lo que señala que los pacientes con osteopenia tienen aproximadamente 9,5 veces mayor riesgo de desarrollar sarcopenia. La fragilidad se relacionó en grado significativo con sarcopenia (p = 0,023; OR = 7,29) y se confirma como un factor de riesgo para la pérdida muscular. El tipo de EI mostró influencia: la enfermedad de Crohn se vinculó con mayor probabilidad de sarcopenia en comparación con la colitis ulcerosa (p = 0,040; OR = 0,375). No se observaron relaciones significativas entre la sarcopenia y la duración del diagnóstico (p = 0,623), el estado clínico compensado o descompensado (p = 0,419), ni el uso de tratamientos biológicos (p = 0,845). El antecedente de cirugías se relacionó significativamente con sarcopenia (p = 0,015), aunque con un *odds ratio* < 1 (OR = 0,138), lo que sugiere una relación inversa o compleja que requiere mayor análisis en estudios futuros. Estos hallazgos resaltan la estrecha relación entre sarcopenia y alteraciones clínicas, como la osteopenia y la fragilidad en pacientes con EI, y también la necesidad de una evaluación integral para la identificación y atención oportuna de la pérdida muscular en esta población. (Dom062)

Variables	n = 43	%	Coefficiente de regresión	Error estándar	Wald	Odds ratio	Valor de p
Sarcopenia							
Sí	9	19,6					
No	37	80,4					
Sexo							
Masculino	16	34,8	0,511	0,757	0,455	1,667	0,500
Femenino	30	65,2	-1,414	3,72	14,56	0,243	0,000
Intervalo de edad afectado							
51-60	13	28,3					
61-70	11	23,9	-1,981	0,812	5,951	0,138	0,015
IMC							
Bajo peso	4	8,7					
Peso normal	19	41,3					
Sobrepeso	15	32,6					
Obesidad GI	5	10,9	-0,122				
Obesidad GII	3	6,5		0,380	0,103	0,885	0,748
Tipo de enfermedad							
CUCI	24	52,2	0,381	-0,965	1,527	0,381	0,217
E. Crohn	22	47,8	0,381	-0,981	4,198	0,375	0,040
Osteopenia							
No	29	63,0					
Sí	17	37,0	2,246	0,883	6,468	9,450	0,011
Fragilidad							
No	27	58,7					
Sí	19	41,3	-1,987	0,875	5,152	7,292	0,023
Duración del diagnóstico (años)							
6-10	12	26,1					
11-15	11	23,9	-0,128	0,261	0,241	0,880	0,623
Compensado	26	56,5					
Descompensado	20	43,5	0,606	0,750	3,687	1,833	0,419
Cirugías							
Sí	14	30,4					
No	32	69,6					
Colectomía subtotal	3	33,3					
Proctocolectomía	1	50,0					
Otras cirugías	2	66,7					
Sin cirugía	3	9,4	-1,981	0,812	5,951	0,138	0,015
Biológico							
Infliximab	8	17,4					
Adalimumab	4	8,7					
Certolizumab	12	26,1					
Vedolizumab	6	13,0					
Ustekinumab	5	10,9					
Inhibidor de cinasa JAK	4	8,7					
Sin biológico	7	15,2	-0,037	0,188	0,038	0,964	0,845

Fuente: datos obtenidos en la consulta externa de gastroenterología del Hospital 20 de Noviembre

Dom063

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE (PSQ-18) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. J. Cruz-Ramírez, L. E. Cardona-Rodríguez, B. D. Ramírez-Tebalán, S. M. Narváez-Chávez, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, T. Cortés-Espino-sa, Centro Médico, Hospital 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), tiene una prevalencia variable en Latinoamérica, con una incidencia calculada de 1 a 1,5 casos por cada 100 000 habitantes y la CU es la más frecuente. En virtud de su complejidad y el efecto sobre la calidad de vida, los pacientes requieren atención multidisciplinaria en unidades especializadas. Evaluar la calidad de la atención médica es esencial para garantizar un enfoque centrado en el paciente. En este contexto, el cuestionario abreviado de satisfacción del paciente PSQ-18 representa una herramienta validada para valorar múltiples dimensiones del cuidado médico y proporciona información útil para optimizar la atención en centros de tercer nivel.

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención médica percibida por pacientes con EII atendidos en un hospital de tercer nivel mediante el cuestionario PSQ-18.

Material y métodos: Estudio prospectivo, analítico y observacional en 53 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la clínica de

EII entre abril y julio de 2025. Se aplicó el cuestionario PSQ-18 que evalúa múltiples dimensiones de la atención médica mediante 18 ítems en escala de Likert. Las respuestas afirmativas se codificaron de forma inversa y las puntuaciones convertidas a porcentajes de satisfacción ajustados a la metodología de Chakraborty *et al.* La confiabilidad interna del instrumento se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se interpretó de la siguiente manera: excelente (> 0,90), bueno (0,80-0,89), aceptable (0,70-0,79), cuestionable (0,60-0,69), pobre (0,50-0,59) e inaceptable (< 0,50).

Resultados: Se evaluó a 53 pacientes atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal. Los resultados obtenidos por dimensión fueron los siguientes. Satisfacción general: media de 2,01 ± 0,94. Calidad técnica: enunciado “área y equipamiento necesario para la asistencia médica”: media de 2,16 ± 0,63. Forma interpersonal: los médicos proporcionan atención personalizada, media de 2,59 ± 0,61. Comunicación: claridad en la explicación del médico a los pacientes, media de 1,93 ± 0,84. Aspectos financieros: (esta dimensión no se consideró ya que el tratamiento lo provee el hospital). Tiempo dedicado por el médico: media de 2,09 ± 0,97. Accesibilidad: acceso para las visitas fuera del horario, media de 2,38 ± 0,63. El análisis por dimensiones reveló los siguientes grados de satisfacción y coeficientes alfa de Cronbach. Satisfacción general: 73,5% (alfa = 0,80); confiabilidad buena, calidad técnica: 81,1% (alfa = 0,75); confiabilidad aceptable, forma interpersonal: 73,6% (alfa = 0,72); confiabilidad aceptable, comunicación: 79,2% (alfa = 0,70); confiabilidad aceptable, tiempo dedicado: 77,6%, alfa = 0,80; confiabilidad buena, accesibilidad y conveniencia: 79,2%, alfa = 0,88, confiabilidad buena. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en un hospital de tercer nivel mostraron un grado general de satisfacción del 73,5%, y destacaron las dimensiones de calidad técnica (81,1%) y comunicación (79,2%) como las mejor evaluadas. Se identificaron áreas de

Tabla 1. En la sección 1 se presenta la metodología empleada para el cálculo de la satisfacción por dimensiones, con uso de la encuesta de satisfacción del paciente (PSQ-18) que agrupa las preguntas de acuerdo con las dimensiones evaluadas y asigna un valor máximo de cinco puntos por pregunta. La sección 2 representa la escala de Likert. En la sección 3 se registran los resultados obtenidos por dimensión, que fueron los siguientes: satisfacción general, calidad técnica y enunciado: “área y equipamiento necesario para la asistencia médica”, que expresa además el porcentaje de confiabilidad representado con el alfa de Cronbach. (Dom063)

Sección I Grupo	Subescalas		Número de pregunta	Puntuación máxima	Media máxima	Grado de satisfacción
A	Satisfacción general		3,17	10	5	A/10*100
B	Calidad técnica		2,4,6,14	20	5	B/20*100
C	Forma interpersonal		10,11	10	5	C/10*100
D	Comunicación		1,13	10	5	D/10*100
E	Aspectos financieros		5,7	10	5	E/10*100
F	Tiempo dedicado por el médico		12,15	10	5	F/10*100
G	Accesibilidad y conveniencia		8,9,16,18	20	5	G/20*100
Total				90 puntos		
Sección 2			Escala de Likert		valores	
Número de preguntas						
1,2,3,5,6,8,11,15,18			1		5 (totalmente en desacuerdo)	
2			4 (en desacuerdo)			
3			3 (inseguro)			
4			2 (de acuerdo)			
5			1 (totalmente de acuerdo)			
4,7,9,10,12,13,14,16,17			1		1 (totalmente en desacuerdo)	
2			2 (en desacuerdo)			
3			3 (inseguro)			
4			4 (de acuerdo)			
5			1 (totalmente de acuerdo)			
Sección 3						
Estadístico descriptivo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	% de confiabilidad	Alfa Cronbach
Satisfacción general	1	5	2,01	0,948	73,6	0,8
Calidad técnica	1	4	2,16	0,630	81,1	0,75
Forma interpersonal	1	4	2,59	0,613	73,6	0,72
Comunicación	1	4	1,93	0,844	79,2	0,70
Aspectos financieros	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Tiempo dedicado	1	5	2,09	0,971	77,4	0,80
Accesibilidad y conveniencia	1	4	2,38	0,673	79,2	0,88

mejora en la relación médico-paciente, el tiempo de atención y la accesibilidad. El cuestionario PSQ-18 demostró una fiabilidad aceptable a buena (alfa de Cronbach, 0,70-0,80). Estos resultados resaltan la importancia de una atención médica centrada en el paciente para optimizar la calidad asistencial.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Dom064

“DIFFICULT TO TREAT” EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UN CONCEPTO EMERGENTE EN UNA COHORTE MEXICANA

N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, M. Haro-Limón, B. D. Ramírez-Tebalán, D. A. García-Alonso, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), puede evolucionar hacia formas clínicamente complejas que requieren un abordaje terapéutico avanzado. En los últimos años ha surgido el concepto de *difficult to treat* (DTT) para describir a aquellos pacientes con actividad inflamatoria persistente o complicaciones que dificultan el control clínico, a pesar del uso de terapias biológicas o moléculas pequeñas. Se consideran dentro de este fenotipo los pacientes con falla a múltiples líneas de tratamiento con diferentes mecanismos de acción, recurrencia posoperatoria tras resecciones intestinales repetidas, pouchitis crónica resistente a antibióticos, enfermedad perianal compleja o factores psicosociales que interfieren con la adherencia o efectividad del tratamiento. Este grupo representa a una población de alto riesgo, con necesidad de seguimiento estrecho, efecto significativo en la calidad de vida y mayor probabilidad de hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes con EII que cumplen criterios para DTT y analizar los factores relacionados con la alteración.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional en una cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de EII. Se incluyó a un total de 175 pacientes, de los cuales se identificó a aquellos que cumplieron con los criterios clínicos propuestos para el fenotipo DTT. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas a partir de expedientes electrónicos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 30. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva, análisis bivariado y regresión logística binaria para identificar los factores vinculados con el fenotipo DTT. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De los 175 pacientes, 83 (47,4%) fueron mujeres y 92 (52,6%) hombres. Hasta 117 (66,9%) tenían diagnóstico de CUCI y 58 (33,1%) de EC. La edad promedio fue de $54 \pm 17,31$ años, con una edad al diagnóstico de $44 \pm 17,80$ años y una evolución media de 11 (1-52) años. Del total, 43 (24,6%) cumplieron con al menos un criterio de DTT: 39 (90,7%) presentaron falla a dos biológicos de mecanismos de acción diferentes, 3 (7,0%) sufrieron recurrencia posoperatoria en EC, 1 (2,3%) desarrolló pouchitis resistente y 1 (2,3%) padeció enfermedad perianal compleja. Los sujetos DTT mostraron una edad actual significativamente menor ($p < 0,001$; $\Delta = -10,2$ años) y una edad al diagnóstico también menor ($p = 0,004$; $\Delta = -8,9$ años). En el análisis

de regresión logística, ninguna de las variables resultó ser un predictor estadísticamente significativo para cumplir criterios DTT en pacientes con EII. Dentro del grupo DTT, 34 (79,0%) recibieron alguna terapia biológica o molécula pequeña, 8 (18,6%) utilizaban combinación de tratamientos avanzados y sólo 1 (2,3%) continuó con tratamiento convencional. Respecto de las líneas de tratamiento, 24 (57,1%) se encontraban en segunda línea, 11 (26,2%) en tercera, 4 (9,5%) en cuarta, 2 (4,8%) en quinta y 1 (2,4%) en sexta.

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes con EII cumplió criterios de DTT y la falla a múltiples biológicos fue el hallazgo más frecuente. Estos pacientes tuvieron una edad significativamente menor al diagnóstico y al momento del estudio. Estos hallazgos podrían deberse a que este estudio se realizó en un centro de referencia de tercer nivel que concentra a pacientes de alta complejidad y multitratados, lo que refuerza la importancia de identificar en fase temprana a pacientes con potencial evolución compleja para optimizar su atención terapéutica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom065

PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU RELACIÓN CON PRESENCIA DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

M. L. Torres-Mata, L. A. Rosales-Rentería, R. M. Miranda-Cordero, B. X. Ferrer-Mancilla, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Arturo Montiel Rojas

Introducción: La sarcopenia en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) registra una prevalencia global notificada de 32,3% a 57,3%; sin embargo, su relación con la actividad clínica y endoscópica de la enfermedad aún no se ha evaluado de manera sistemática.

Objetivo: Determinar la prevalencia de sarcopenia en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y su relación con la actividad clínica, endoscópica y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo y unicéntrico que incluyó a pacientes entre el 1 de junio y el 15 de agosto de 2025. Participaron los adultos con diagnóstico confirmado de CUCI y se excluyó a los mayores de 65 años y los pacientes con amputaciones, cirrosis o enfermedad renal crónica KDIGO IV-V. Se evaluó la composición corporal mediante bioimpedancia multifrecuencia, la fuerza prensil con dinamometría de mano y la velocidad de marcha en 4 m. La actividad clínica y endoscópica se valoró con la escala de Mayo y la sarcopenia se definió según los criterios del EWGSOP2.

Resultados: En este análisis preliminar se estudió a 23 pacientes (edad media, $45,3 \pm 12,5$ años; 14 mujeres) con un tiempo medio desde el diagnóstico de $12,2 \pm 10,3$ años. Como se observa en la **Tabla 1**, la prevalencia global de sarcopenia fue de 26,1%, observada tan sólo en pacientes con actividad clínica y endoscópica, sin casos en remisión. Los pacientes con más de 10 años de evolución mostraron mayor sarcopenia (40% vs. 15,4% en ≤ 10 años, $p = 0,34$; OR 3,2), y los diagnosticados a menor edad tuvieron mayor riesgo (25,7 vs. 35,7 años; $p = 0,021$), con una tendencia en regresión logística que mostró que cada año mayor en la edad al diagnóstico redujo un 11% el riesgo de sarcopenia (OR 0,89; IC95% 0,78-1,01; $p = 0,07$).

Tabla 1. Relación entre sarcopenia y variables clínicas, endoscópicas y de evolución en pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI). Los valores de p se obtuvieron mediante prueba exacta de Fisher para variables categóricas y prueba t de Student para variables continuas. (Dom065)				
Variable	Categoría	Sarcopenia n/N (%)	Valor de p	OR (IC95%)
Actividad clínica (Mayo > 2)	Mod./intensa	6/16 (37,5%)	0,12	9,3 (0,45-191,3)
	Remisión/leve	0/7 (0%)		
Actividad endoscópica (Mayo $\geq$ 1)	Actividad	6/19 (31,6%)	0,54	4,3 (0,20-93,2)
	Remisión	0/4 (0%)		
Tiempo desde diagnóstico	> 10 años	4/10 (40%)	0,34	3,2 (0,52-19,7)
	≤ 10 años	2/13 (15,4%)		
Edad al diagnóstico	Sarcopénicos	25,7 años	0,021	Cada año mayor $\downarrow$ 11% riesgo (OR 0,89; 0,78-1,01)
	No sarcopénicos	35,7 años		

OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza al 95%.

Conclusiones: En pacientes con CUCI, la prevalencia de sarcopenia fue alta y clínicamente relacionada con actividad inflamatoria y mayor duración de la enfermedad, aunque sin alcanzar significancia estadística debido al tamaño muestral limitado. No obstante, se identificó una diferencia significativa en

la edad al diagnóstico, lo que sugiere que un inicio más temprano de la enfermedad podría predisponer a un mayor deterioro muscular.

Financiamiento: Ninguno.