



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Esófago

Lun154

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIA BASAL MEDIA NOCTURNA EN LA ZONA GRIS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

J. I. Mazadiego-Cid, E. A. San Vicente-Parada, R. C. Guerrero-Barrera, R. Zapata-Arenas, A. Díaz-García, R. Vázquez-Pérez, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

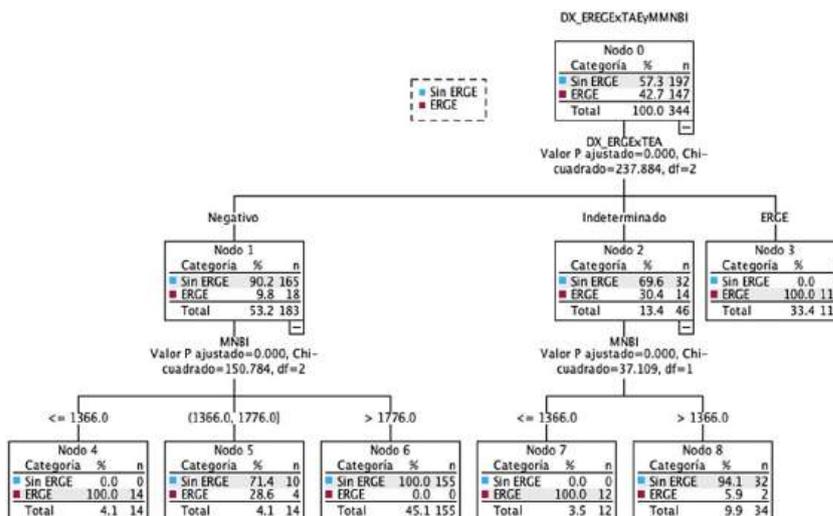
Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) muestra dificultades diagnósticas en pacientes con tiempo de exposición al ácido (TEA) entre 4% y 6%, un intervalo conocido como “zona gris”. La impedancia basal media nocturna (MNBI) se ha propuesto como herramienta auxiliar para mejorar la precisión diagnóstica en estos casos.

Figura 1. Árbol de decisión generado por el algoritmo *Exhaustive CHAID* para la clasificación diagnóstica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) basado en la combinación de los parámetros tiempo de exposición al ácido (TEA) e impedancia basal nocturna media (MNBI). El nodo inicial (nodo 0) representa la distribución global de la cohorte (n = 344), con una prevalencia de ERGE del 42,7% y de no ERGE del 57,3%. A partir de este nodo, el primer nivel de ramificación clasifica a los pacientes en tres grupos según el TEA: diagnóstico positivo de ERGE (TEA > 6%, nodo 3), indeterminado (TEA 4-6%, nodo 2) y negativo (TEA < 4%, nodo 1). Dentro de los nodos “indeterminado” y “negativo” se aplica una segunda división de acuerdo con el valor del MNBI, lo que genera puntos de corte en $\leq 1366 \Omega$, entre 1366 y 1776 Ω , y $> 1776 \Omega$. Cada caja del árbol muestra la proporción (%) y el número absoluto (n) de sujetos con y sin diagnóstico de ERGE. El color azul representa la categoría “Sin ERGE”, mientras que el color rojo representa la categoría “ERGE”. Los porcentajes indican la distribución relativa dentro de cada nodo. Las diferencias entre ramas fueron estadísticamente significativas (valor de p ajustado < 0,001 en cada subdivisión), calculadas mediante la prueba ji cuadrada. Se observa que todos los pacientes con MNBI $\leq 1366 \Omega$ en el grupo indeterminado y negativo se reclasificaron como ERGE (100 % de probabilidad diagnóstica). (Lun154)

Objetivo: Evaluar la utilidad de la MNBI para diferenciar a pacientes con ERGE y TEA en “zona gris” en el contexto de la ERGE.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en 344 pacientes con pH-impedancia ambulatoria. Se aplicó un modelo de árbol de decisión (algoritmo *Exhaustive CHAID*) para identificar puntos de corte diagnósticos de MNBI. Se emplearon las pruebas ji cuadrada y coeficiente kappa para evaluar la relación y concordancia entre TEA y MNBI.

Resultados: El modelo de árbol de decisión basado en el algoritmo *Exhaustive CHAID* identificó a la MNBI como un factor clave para la reclasificación diagnóstica en pacientes con TEA en el área gris. Los resultados evidenciaron que un valor de MNBI $\leq 1366 \Omega$ se vinculó con una probabilidad del 100% de diagnóstico de ERGE, mientras que valores $> 1776 \Omega$ lo hicieron con ausencia total de la enfermedad. El modelo se encuentra en la **Figura 1**. La relación entre TEA y MNBI fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 144,951$, $gl = 4$; $p < 0,001$), lo cual valida el valor diferenciador de la MNBI en esta cohorte. No obstante, la concordancia entre ambas variables fue baja (índice kappa = -0,072; $p < 0,001$).



Conclusiones: EL MNBI aporta valor diagnóstico en pacientes con TEA en zona gris y permite una reclasificación más precisa. Este hallazgo apoya la incorporación de MNBI en algoritmos diagnósticos para pacientes con síntomas resistentes y TEA no concluyente. Estos hallazgos deben evaluarse mediante estudios prospectivos y multicéntricos adaptados a diferentes poblaciones para ajustar los puntos que se utilizan actualmente.

Financiamiento: Propio del equipo de investigación.

Lun155

LA MIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE HELLER CON PULL-DOWN MEJORA EL RESULTADO CLÍNICO DE LA ACALASIA SIGMOIDEA AVANZADA

G. Torres-Villalobos, N. M. Barrón-Cervantes, A. Stenner-Escalante, C. A. Morales-Herrera, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, L. R. Valdovinos-García, D. Aguilar-León, J. Furuzawa-Carballeda, Grupo Colaborativo: Estudio de la Acalasia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La esofagectomía se ha considerado la primera opción para la acalasia sigmoidea avanzada (ASG; angulación esofágica < 90°), mientras que la miotomía laparoscópica de Heller (MLH) tiene un bajo porcentaje de éxito. La técnica de MLH con pull-down (MLH-PD) se ha consolidado como un tratamiento de rescate promisorio y más eficaz para evitar la esofagectomía en los pacientes con acalasia ASG. Sin embargo, los resultados funcionales de la MLH-PD a largo plazo no son concluyentes.

Objetivo: Comparar los resultados de la acalasia ASG (< 90°) en pacientes sometidos a la técnica MLH-PD con los de la acalasia no avanzada (naSg; ≥ 90°) tratados mediante MLH.

Material y métodos: Es un estudio ambispectivo realizado en una cohorte anidada del INCMNSZ, iniciada en 2014 y actualizada hasta junio de 2025 para la investigación clínica prospectiva sobre la acalasia (criterios de Chicago v4.0). Los criterios de exclusión incluyeron enfermedad de Chagas, estenosis esofágica, esclerodermia esofágica, cáncer gástrico o esofágico, estenosis péptica, otros trastornos de la motilidad esofágica, puntuación ASA de 4, hernia hiatal mayor de 5 cm, contraindicaciones para abordaje laparoscópico, pacientes

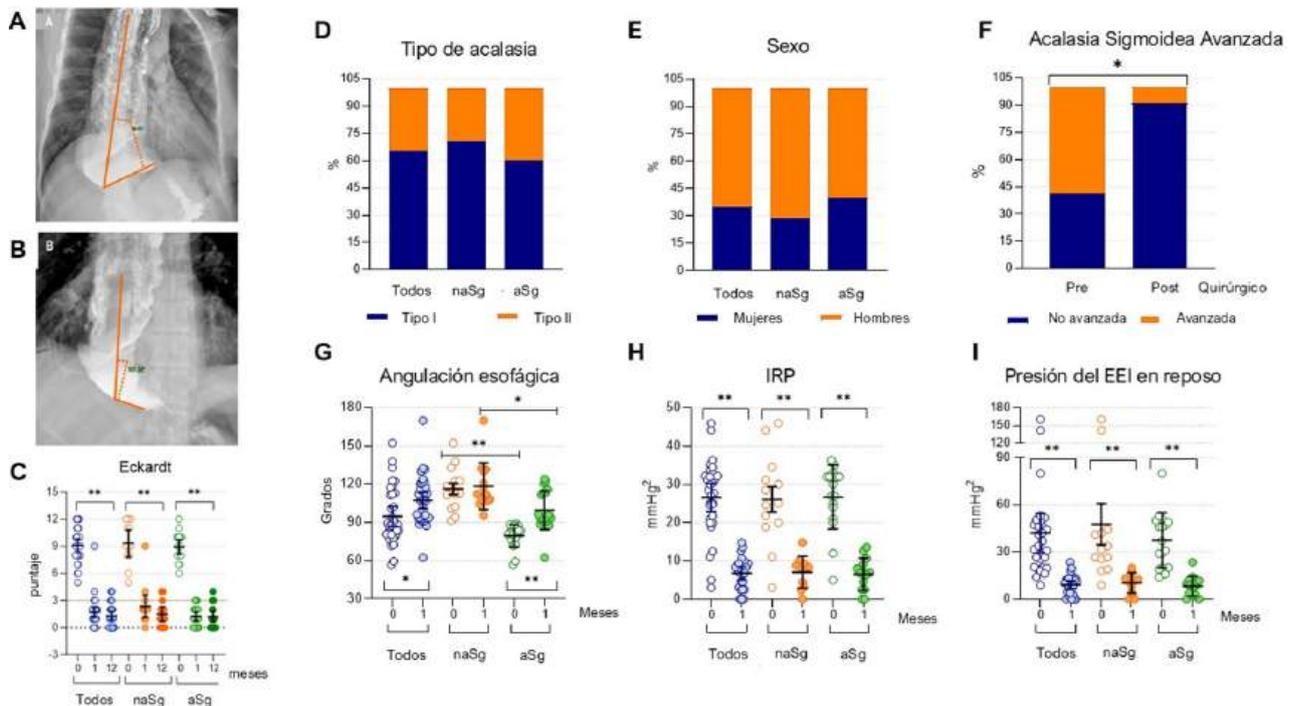
embarazadas o con enfermedad hematológica, cáncer activo, enfermedad renal o hepática grave, infección en curso, pacientes en tratamiento a base de ácido acetilsalicílico, anticoagulantes o tratamiento con esteroides, así como todos los pacientes que presentaron registros de historia clínica electrónica incompletos. Se evaluó a 34 pacientes adultos (45 ± 13 años) con acalasia y megaesófago (dilatación esofágica > 6 cm; sistema de clasificación japonés para la acalasia esofágica), divididos en dos grupos: (a) ASG (n = 20; 59%) tratados mediante la técnica de MLH-PD-funduplicatura parcial, y (b) naSg o recto (n = 14; 41%) tratados con MLH-funduplicatura. La angulación esofágica se midió al trazar una línea media paralela al eje esofágico y extenderla hasta el punto más bajo de la curvatura esofágica. Posteriormente se trazó una segunda línea desde este punto hasta el punto más alto de la curvatura esofágica. El ángulo formado por la intersección de éstas representa la angulación esofágica (Figura 1A,1B). Todos los pacientes se valoraron clínica y manométricamente antes y a los 1 y 12 meses posteriores a la cirugía. Los criterios de mejoría se centraron en lograr una angulación esofágica ≥ 90° y una puntuación del cuestionario de Eckardt < 3 (Figura 1C).

Resultados: El 65% de los pacientes correspondió a hombres (Figura 1E) y tenía acalasia tipo I (Figura 1D). La angulación esofágica basal en los pacientes con ASG fue de 79,6 ± 8,8° y en naSg de 116,3 ± 16,3°. Después de la cirugía, la angulación de los pacientes con ASG mejoró significativamente y alcanzó un promedio de 99,5 ± 15,2°; 17/20 pacientes (85%) se reclasificaron como naSg (Figura 1F,1G). Las características de los tres pacientes con ASG que experimentaron fracaso a la intervención quirúrgica incluían ser varones, padecer acalasia tipo I, presentar mayor presión de relajación integrada y del esfínter esofágico inferior en la evaluación preoperatoria, tener una edad más avanzada y una duración de la enfermedad mayor en comparación con los casos de éxito (Figuras 1H y 1I). Asimismo, la puntuación de síntomas del cuestionario Eckardt al mes (1,2 ± 1,3) disminuyó en grado significativo en comparación con la preoperatoria (8,9 ± 1,6; Figura 1C).

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que la MLH-PD es un tratamiento eficaz para la ASG con una tasa de éxito del 85%. Si bien la técnica requiere un mayor tiempo quirúrgico, sus beneficios en cuanto a la corrección anatómica y al alivio sintomático justifican su uso en casos de ASG. Sin embargo, se necesitan más estudios con cohortes más amplias y seguimientos mayor de un año para confirmar estos resultados.

Financiamiento: Fondos departamentales.

Figura 1. (A) Determinación de la angulación esofágica preoperatoria, (B) angulación esofágica posoperatoria, (C) evaluación de síntomas mediante el cuestionario Eckardt, (D) tipos de acalasia en el subtipo no avanzado (naSg) y avanzado o sigmoideo (ASG), (E) sexo, (F) porcentaje de pacientes con acalasia sigmoidea avanzada antes y después de la cirugía, (G) grados de angulación esofágica en los pacientes con acalasia sigmoidea avanzada antes y después de la cirugía e (I) presión del esfínter esofágico inferior en reposo de los pacientes con acalasia sigmoidea avanzada antes y después de la cirugía. (Lun155)



Lun156

COMPARACIÓN DE LA MORFOLOGÍA DE LA UNIÓN ESOFAGO-GÁSTRICA EVALUADA POR ENDOSCOPIA Y MANOMETRÍA ESOFÁGICA DURANTE LA RESPIRACIÓN BASAL Y FORZADA

C. I. Zúbia-Nevárez, M. Herrera-Sato, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

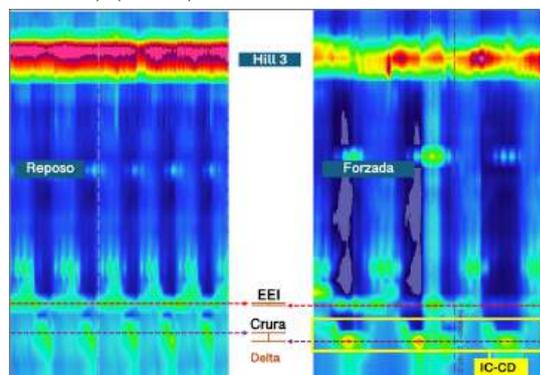
Introducción: La unión esofagogastrica (UEG) constituye la principal barrera anatómica y funcional que previene el reflujo gastroesofágico; algunos componentes que se evalúan en la UEG son el esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura diafragmática (CD), los cuales actúan sinérgicamente durante la respiración y la deglución. La endoscopia digestiva alta a través de la clasificación de Hill permite una evaluación del grado de coaptación del pliegue esofagogastrico durante los movimientos de la respiración. Por otro lado, la manometría esofágica de alta resolución (ME-AR) hace posible evaluar durante la respiración basal y forzada la contractilidad e incursión diafragmática. Aunque ambas técnicas aportan información relevante, su grado de concordancia en la evaluación de la morfología y competencia de la UEG, especialmente en distintas fases respiratorias, no está completamente esclarecido.

Objetivo: Comparar la morfología de la UEG evaluada por endoscopia digestiva alta mediante la clasificación de Hill con los parámetros de integral contráctil e incursión de la UEG-CD con ME-AR durante la respiración basal forzada.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes adultos > 18 años que tenían indicación de realizarse una ME-AR con endoscopia esofágica previa en un centro de tercer nivel, en el periodo de abril a julio del 2025. Se registró la clasificación de Hill visualizada por endoscopia. En la ME-AR se estandarizaron las tres respiraciones a través de una boquilla con diámetro de 10 milímetros e inspiración mantenida por 2 segundos. Se recolectaron variables de la ME-AR convencional y la incursión en milímetros del EEI-CD en respiración basal y forzada, la integral contráctil de la crura diafragmática (IC-CD, medida y ajustada a tres ciclos respiratorios). Para el análisis estadístico se establecieron frecuencias y proporciones de acuerdo con pruebas de normalidad. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para la comparación entre medianas según el número de variables.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes con estudio endoscópico previo y ME-AR. Las mujeres representaron el 92,59%, con una mediana de edad de 62 (53-73) años y de IMC de 24,43 (22,93-29,21). En los hallazgos endoscópicos destaca que la mayoría de los pacientes se encontraba dentro de la clasificación de Hill 1 y 2 con 9 (33,3%) y 12 (44,4%), respectivamente. Más de la mitad tenía hernia hiatal tipo 1. En la ME-AR, la incursión en reposo en milímetros obtuvo una mediana de 15 (8-20) y en forzada de 29 (20-30) milímetros. La delta de las mediciones (basal-forzada) fue de 11 (9-19) milímetros (Figura 1). No se hallaron diferencias entre las medianas de la delta en milímetros y el tipo de hernia por endoscopia ($p = 0,97$) ni por la clasificación de Hill ($p = 0,73$). Se observó que las medianas de la IC-CD son menores cuanto mayor es la clasificación de Hill con una $p = 0,017$. La IC-DC fue mayor en pacientes sin hernia respecto de la hernia hiatal: 84,18 (25,1-130,56) vs. 27,42 (17,34-30,69), $p = 0,068$. No se encontró relación entre IC-CD y tipo de hernia.

Figura 1. Manometría esofágica de un paciente con hernia hiatal por endoscopia y clasificación de Hill 3. Se marca la delta en milímetros del esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura durante la respiración en reposo y forzada. Se delimitó la integral contráctil de la crura (IC-CD) en respiración forzada (cuadro amarillo). (Lun156)



Conclusiones: Los pacientes con una clasificación de Hill 1 tienen una mayor integral contráctil en comparación con 2, 3 y 4. Existe una tendencia de tener menor IC-CD en pacientes con hernia. No se identificó una relación entre el Hill y la delta en milímetros de la incursión diafragmática entre respiración de reposo o forzada. Es necesario incrementar el número de la muestra para fortalecer esta relación.

Financiamiento: Ninguno.

Lun157

VALORES DE NORMALIDAD PARA LA PH-IMPEDANCIA AMBULATORIA DE 24 HORAS CON BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS CON POTASIO (PCAB)

J. L. Vargas-Basurto, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, L. R. Valdovinos-García, K. D. González-Gómez, M. Suárez-Fernández, Z. P. Álvarez-Tiburcio, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La introducción de los bloqueadores de ácido competitivos con potasio (PCAB) ha revolucionado el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). De manera similar a lo ocurrido con los inhibidores de la bomba de protones (IBP), se espera que la pH-impedancia ambulatoria de 24 horas se convierta en el método preferido para evaluar a los pacientes resistentes al tratamiento con PCAB. En este contexto es esencial establecer valores de referencia normales para los parámetros de la pH-impedancia durante el tratamiento con PCAB.

Objetivo: Evaluar el efecto de la dosis diaria estandarizada de dos PCAB diferentes: tegoprazán (TEGO) y fexuprazán (FEXU) sobre los parámetros de pH-impedancia de 24 horas durante una semana de tratamiento y establecer valores de referencia normales durante el tratamiento con PCAB en sujetos sanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico aleatorizado, simple ciego, controlado, cruzado y prospectivo, en individuos asintomáticos sometidos a tres vigilancias de pH-impedancia de 24 horas mediante un catéter con dos sensores (gástrico y esofágico). Inicialmente se realizó un estudio basal (sin tratamiento) y con posterioridad los participantes se aleatorizaron para recibir 50 mg de TEGO o 40 mg de FEXU diarios durante una semana. Inmediatamente tras recibir la última dosis del fármaco se realizó una segunda vigilancia de pH-impedancia. Tras un periodo de lavado de dos semanas, todos los participantes cruzaron al brazo alterno del tratamiento y se efectuó una tercera medición de pH-impedancia luego de recibir la última dosis del fármaco. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y percentiles 5-95°. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de la distribución se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk. Las comparaciones entre dos grupos se realizaron mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas o la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, según su distribución. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se llevó a cabo con SPSS, v. 26

Resultados: Se incluyó a 24 sujetos sanos, de los cuales el 50% correspondió a hombres, con una mediana de edad de 23,5 años (intervalo, 20-41) y un IMC promedio de $24,5 \pm 3$ kg/m². Se observó una disminución estadísticamente significativa del número total de episodios de reflujo y el tiempo de exposición al ácido (TEA) tras el uso de ambos PCAB en comparación con el estudio basal ($p < 0,05$; Tabla 1). Asimismo, el número de episodios de reflujo ácido evaluado por impedancia se redujo de forma significativa con ambos tratamientos. La mediana de episodios de reflujo con PCAB es de 2 (basal de 11) y en especial la de los episodios de reflujo ácido es de 1 a 3 (basal 16) (Tabla 1). Al comparar TEGO con FEXU, los parámetros de la pH-metría en esófago (incluida la impedancia basal) fueron similares, salvo que el FEXU último mostró un mayor porcentaje de tiempo con pH intragástrico > 4 (54,5 [16,8-82,9] vs. 64 [33,4-100]; $p = 0,004$) a la semana.

Conclusiones: Este estudio establece valores de referencia para los parámetros de pH-impedancia de 24 horas al tomar como referencia a sujetos asintomáticos durante el tratamiento con TEGO y FEXU (< 2 episodios de reflujo "con PCAB"). Con ambos fármacos se redujeron significativamente los episodios de reflujo ácido, disminuyó el TEA y aumentó el tiempo con pH gástrico > 4 . Es necesario realizar estudios en pacientes con ERGE, en especial en la ERGE resistente, para validar los datos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de parámetros basales de tegoprazán y fexuprazán. Los datos se expresan como mediana y percentiles 5 y 95°. Los valores de p marcados con * corresponden a la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas; los valores marcados con † corresponden a la prueba t de Student para muestras relacionadas. (Lun157)

	Basal n = 24	Tegoprazán n = 24	Valor de p (TEGO vs. basal)	Fexuprazán n = 24	Valor de p (FEXU vs. basal)
Episodios totales de reflujo (pH)	11 (0-43,7)	1,5 (0-45,7)	0,009*	2(0-43,5)	0,003*
Porcentaje total de tiempo con pH esofágico < 4	0,5 (0-3,6)	0 (0-0,8)	< 0,001*	0,05 (0-2,9)	0,024*
Calificación de Johnson-DeMeester	3 (0,8-14,7)	0,9 (0,8-3,7)	< 0,001*	0,9 (0,8-10)	0,010*
Porcentaje total de tiempo pH gástrico > 4	8,2 (0,15-83,6)	54,5 (16,8-82,9)	< 0,001*	66,1 (33,1-100)	< 0,001†
Mediana de impedancia basal nocturna	2783 (1098-4885)	2744 (1440-4896)	1,000*	2709 (1845-5739)	0,090†
Episodios totales de reflujo (impedancia)	42,5 (7,5-122,7)	36,5 (1-86,7)	0,536†	29 (1-101)	0,137†
Reflujo ácido	16 (0-46,2)	3 (0-26,7)	< 0,001*	1 (0-25)	< 0,001†
Reflujo no ácido	20 (5,2-88,2)	32,5 (2,5-84,5)	0,060†	27,5 (1-85)	0,628†

Lun158

RELEVANCIA CLÍNICA DE LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA MEDIA EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD AL REFLUJO. ESTUDIO COMPARATIVO

M. Suárez-Fernández, R. A. Jiménez-Castillo, Z. P. Álvarez-Tiburcio, J. L. Vargas-Basurto, A. A. Ceballos-Carrasco, K. D. González-Gómez, F. A. Félix-Téllez, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La hipersensibilidad al reflujo (HR) es un diagnóstico frecuente al realizar una pH-metría con impedancia (pH-MII) en la evaluación de pacientes con síntomas indicativos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La HR se caracteriza por un tiempo de exposición al ácido (TEA) normal y una relación positiva entre síntomas (pirosis y dolor torácico) y episodios de reflujo. Algunos estudios previos señalan que la impedancia basal nocturna media (MNBI) tiende a ser menor en pacientes con HR frente a pacientes con pirosis funcional. Sin embargo, existe poca información sobre los distintos hallazgos obtenidos durante la manometría esofágica de alta resolución (HRM), la pH-MII y la prevalencia de hipervigilancia en pacientes con HR y MNBI normal o anormal.

Objetivo: Documentar y comparar la puntuación de GERD-Q, HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y la escala de ansiedad e hipervigilancia esofágica, así como los hallazgos de pH-MII y HRM en pacientes con HR y MNBI normal o anormal.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y comparativo. Inicialmente se seleccionó a pacientes con síntomas típicos de ERGE, ausencia de esofagitis durante la endoscopia y respuesta incompleta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). A cada paciente se le aplicaron los cuestionarios GERD-Q, HADS y la escala de ansiedad e hipervigilancia esofágica. Con posterioridad cada uno fue objeto de HRM y pH-MII de 24 horas en el Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de Veracruz. Sólo los pacientes con diagnóstico de HR se incluyeron en el análisis. Se consideró MNBI anormal < 1 500 ohmios.

Resultados: Se incluyó a 110 pacientes con diagnóstico de HR. La MNBI media fue de 3 083,0 ohmios (DE ± 1341). Hasta 15 (12,7%) pacientes presentaron MNBI anormal y 96 (87,3%) MNBI normal. La media del TEA en individuos con MNBI normal fue de 1,66 (DE ± 1,08) frente a 2,63 (DE ± 0,97) en aquéllos con MNBI anormal (p = 0,002). La puntuación media de DeMeester fue de 7,04 (DE ± 3,93) en pacientes con MNBI normal y de 10,25 (DE ± 5,02) en aquéllos con MNBI anormal (p = 0,007). En la manometría esofágica de alta resolución, el diagnóstico de motilidad esofágica ineficaz (MEI) se observó en el 7,9% de los sujetos con MNBI normal frente al 33,3% con MNBI anormal (p = 0,040). La unión esofagagástrica (UEG) tipo III estuvo presente en el 11,4% de los individuos con MNBI normal y en el 38,5% de los que presentaron MNBI anormal (p = 0,038). Las puntuaciones medias en el GERD-Q, el cuestionario de ansiedad

y depresión y la escala de hipervigilancia esofágica no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Conclusiones: Los pacientes con HR y MNBI anormal muestran una TEA y puntuaciones de DeMeester significativamente más elevadas, lo que subraya una sólida relación entre el MNBI anormal y el aumento de la exposición ácida esofágica. Esto refuerza el valor del MNBI como marcador de alteración en la integridad mucosa. Los trastornos de motilidad esofágica, como la MEI y la UEG tipo III, podrían contribuir a la lesión mucosa y a las alteraciones del MNBI en un subgrupo de pacientes con HR. Se requieren más estudios para evaluar la respuesta a los IBP en este grupo específico, lo que resalta que no todos los casos de HR son iguales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Lun159

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y GASTROENTERÓLOGOS EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS SIMULADOS

J. I. Mazadiego-Cid, M. R. Herrero-Maceda, P. M. Diego-Salazar, R. Zapata-Arenas, J. Pérez-Escobar, M. F. Higuera-De-la-Tijera, E. A. San Vicente-Parada, Y. M. Velasco-Santiago, R. Y. López-Pérez, Grupo colaborativo: Hospital Juárez de México, Hospital General de México, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: Las herramientas de procesamiento de lenguaje basadas en inteligencia artificial (IA) han mostrado potencial clínico, con resultados variables según la especialidad y el contexto de su uso. En la gastroenterología no hay estudios que evalúen su desempeño en escenarios clínicos.

Objetivo: Determinar la concordancia entre las respuestas de distintos modelos de IA y los médicos especialistas en la resolución de casos clínicos de gastroenterología.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo que utilizó 20 casos clínicos con cinco preguntas cada uno, comprendidas las subespecialidades de gastroenterología: hepatología, neurogastroenterología, endoscopia, enfermedades pancreáticas y enfermedad inflamatoria intestinal. Un panel de ocho expertos resolvió individualmente los casos y se calculó la validez del instrumento mediante el coeficiente kappa (κ) y el alfa de Cronbach. Las preguntas con baja concordancia se reevaluaron mediante rondas iterativas del método Delphi modificado. Posteriormente se determinó la concordancia entre las respuestas generadas por los modelos de IA y el consenso de expertos mediante un κ .

Resultados: El consenso de expertos posterior al método de Delphi modificado mostró una concordancia alta ($\kappa = 0,841$). Los modelos de IA registraron concordancias de moderadas a altas y ChatGPT® mostró el mejor desempeño ($\kappa = 0,78$). Resultados similares se observaron en todos los subtemas clínicos evaluados (Figura 1).

Conclusiones: En conjunto, estos hallazgos sustentan el uso potencial de modelos de lenguaje de gran escala como herramientas complementarias en la toma de decisiones clínicas, en particular en gastroenterología. Es fundamental recalcar que las IA no reemplazan al juicio clínico médico, sino

que deben integrarse como un soporte adicional cuyo objetivo es optimizar la precisión diagnóstica y la calidad en la atención.

Financiamiento: Propio del equipo colaborativo de investigación.

Figura 1. Concordancia por subtema clínico entre modelos de inteligencia artificial y expertos en gastroenterología. Coeficientes kappa de Cohen obtenidos por ocho modelos de IA en cuatro subespecialidades: hepatología, neurogastroenterología, endoscopia, Ell y páncreas (misceláneo). (Lun159)

