



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Enfermedad inflamatoria intestinal I

Lun160

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIÓN EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

V. A. Venegas-Gómez, F. D. Gutiérrez-Herrera, S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad de curso clínico heterogéneo que requiere con frecuencia tratamiento con agentes inmunosupresores. Una de sus complicaciones más relevantes son las infecciones, en particular las oportunistas. La evidencia disponible sobre los factores relacionados con el riesgo de hospitalización por infección y los microorganismos causales más frecuentes en pacientes inmunosuprimidos proviene, en su mayor parte, de poblaciones con afecciones distintas de la CUCI.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con el requerimiento de hospitalización por procesos infecciosos y caracterizar los tipos de infección más comunes en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a 162 pacientes con CUCI (81 con antecedente de hospitalización por un episodio infeccioso y 81 controles sin dicho antecedente). Se efectuó un análisis univariado para identificar los factores vinculados con hospitalización por infección. Se construyó un modelo de regresión logística múltiple con las variables que tuvieran significancia. Se consideró estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$ y se calcularon intervalos de confianza del 95%. El análisis se realizó con el software estadístico SPSS versión 28.

Resultados: Se incluyó a 162 pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa crónica idiopática; 81 (50%) se clasificaron como casos con al menos un episodio de hospitalización por infección y 81 (50%) como controles sin dicho antecedente. Las características demográficas y clínicas de ambos grupos se presentan en la Tabla 1.

Factores de riesgo vinculados con la hospitalización por infección: en el análisis univariado, los factores relacionados con un mayor riesgo de hospitalización por infección fueron bajo peso corporal, colangitis esclerosante primaria (CEP), cirrosis hepática, exacerbación grave en el último año, resistencia a esteroides, menos de un año al diagnóstico, actividad continua, consumo de esteroides sistémicos, dosis ≥ 20 mg de esteroide sistémico, uso concomitante de dos o tres inmunosupresores, hipoalbuminemia y anemia (Tabla 1).

Conclusiones: El consumo de esteroides sistémicos, la hipoalbuminemia y la anemia se identificaron como factores significativamente vinculados con hospitalización por infección en pacientes con CUCI. *Clostridioides difficile* y CMV fueron los agentes infecciosos identificados con más frecuencia.

Financiamiento: Los investigadores no recibieron patrocinio de ningún tipo para la elaboración de este trabajo.

Tabla 1. (Lun160)

Variable	RM	IC95%	Valor de p
Esteroides sistémicos	7,04	2,58-19,22	< 0,001
Anemia	11,5	3,11-42,8	< 0,001
Hipoalbuminemia	31,83	7,84-129,1	< 0,001

RM, razón de momios; IC, intervalo de confianza.

Lun161

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN TERAPIA DE INDUCCIÓN EN MANEJO CON RISANKIZUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN MÉXICO

A. Pacheco-Silva, P. A. Amezcua-Gómez, M. A. Martínez-Vázquez, F. J. Bosques-Padilla, C. G. Virgen-Michel, R. U. Cruz-Neri, H. Manzano-Cortés, E. Martínez-Villaseñor, R. Malé-Velázquez, Instituto de Salud Digestiva, TecSalud Monterrey

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio intestinal crónico. El risankizumab, un anticuerpo monoclonal anti-IL-23 (subunidad p19), ha demostrado eficacia en estudios clínicos de fase 3 (ADVANCE, MOTIVATE, FORTIFY). El estudio GETAID informó un 38% de remisión clínica libre de esteroides en la semana 12. En México, la evidencia en vida real es limitada.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del risankizumab en pacientes con enfermedad de Crohn posterior a la fase de inducción en México.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en México. Se incluyó a pacientes con EC bajo tratamiento con risankizumab. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, fenotipo de

enfermedad, actividad clínica (índice de Harvey-Bradshaw, HBI), tratamientos previos, biomarcadores (calprotectina y PCR), y se registraron efectos adversos. En el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk, t de Student o Wilcoxon pareada, de acuerdo con la distribución; para el análisis de efectividad clínica y bioquímica se consideraron sólo datos pareados con intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes con edad media de 49,9 años, 88,2% había recibido ≥ 1 biológico (ustekinumab en 52,9%, vedolizumab en 11,8%, anti-TNF en 58,8%). El uso previo de esteroides fue de 76,5%. Antes de la inducción, la actividad clínica fue moderada (52,9%), leve (17,3%), grave (11,8%) y remisión (11,8%) de acuerdo con el HBI. Durante el tratamiento de inducción, un paciente experimentó exacerbación de Crohn que requirió derivación con colocación de ileostomía y actualmente continúa con risankizumab. En los 16 restantes, la puntuación de HBI se redujo (media de 9,9 a 4,9 puntos) tras la inducción (IC95%, -6,84 a -3,28; $p = 0,00002$; $n = 16$), lo que señala mejoría clínica significativa al finalizar la fase de inducción; 9/16 (56,3%) tuvieron remisión clínica (HBI ≤ 4), 6/16 (37,5%) remisión clínica libre de esteroides y la mediana de calprotectina fecal disminuyó en grado significativo de 849,5 a 89,5 $\mu\text{g/g}$ (IC95%, -1116,3 a 108,3; $p = 0,006$; $n = 12$), y la mediana de PCR de 1,92 a 0,4 mg/L (IC95%, -8,5 a -0,05; $p = 0,004$; $n = 11$); la hemoglobina incrementó la media significativamente de 12,64 a 13,63 g/dL (IC95%, 0,27 a 1,72; $p = 0,01$; $n = 12$), mientras que la albúmina no mostró cambios relevantes ($p = 0,33$). Durante la inducción, 5/17 pacientes (29,4%) sufrieron efectos adversos que incluyeron cefalea, artralgias, aumento de evacuaciones, mayor dolor abdominal, alteración del período menstrual y un paciente requirió la suspensión del tratamiento por acné grave (Tabla 1).

Conclusiones: El risankizumab mostró efectividad clínica y bioquímica durante la inducción, incluso en pacientes con EC resistente. Estos hallazgos refuerzan su utilidad como tratamiento eficaz en vida real en la enfermedad de Crohn y establece un precedente para estudios en cohortes más grandes. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Lun161)	
Variable	Valor
Uso de biológicos previos ≥ 1	88,2%
Actividad clínica antes de la inducción	Moderada (52,9%), leve (17,3%), grave (11,8%) remisión (11,8%)
Harvey-Bradshaw posterior a la inducción	Media de 9,9 a 4,9 ($p = 0,00002$; IC95%, -6,84 a -3,28; $n = 16$)
PCR cambios tras la inducción (mg/dl)	Mediana de 1,92 a 0,4 mg/dL (IC95%, -8,5 a -0,05; $p = 0,004$; $n = 11$)
Calprotectina, cambios posteriores a la inducción ($\mu\text{g/g}$)	Mediana de 849,5 a 89,5 $\mu\text{g/g}$ (IC95%, -1116,3 a -108,3; $p = 0,006$; $n = 12$)
Remisión clínica libre de esteroides posterior a la inducción	6 (37,5%)
Pacientes con efectos adversos	5 (29,4%)

Lun162

TRASTORNO POR EVITACIÓN Y RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS (ARFID) Y CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

H. R. Ordaz-Álvarez, J. K. Yamamoto-Furusho, J. L. De León-Rendón, J. D. Prieto-Nava, B. A. Priego-Parra, J. L. Vargas-Basurto, A. E. Hernández-Cervantes, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo elevado de desnutrición, vinculado con la disminución del apetito, alteraciones hormonales y malabsorción de nutrientes. Para aliviar

los síntomas intestinales, los pacientes adoptan a menudo dietas restrictivas que excluyen frutas y verduras crudas, legumbres y productos lácteos. Si bien estas estrategias buscan controlar los síntomas, muchas veces provocan una ingestión insuficiente de alimentos, deficiencias nutricionales y deterioro en la calidad de vida, lo que puede resultar en un trastorno por evitación y restricción del consumo de alimentos (ARFID).

Objetivo: Comparar el distrés psicológico, calidad de la alimentación y calidad de vida entre pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) con ARFID y enfermedad de Crohn (EC) con ARFID.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico de EII del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Hospital General de México Eduardo Liceaga durante el periodo de agosto de 2024 a mayo de 2025. Previo consentimiento informado, a los pacientes se les aplicaron los cuestionarios SCOFF, ORTO-11-ES y S-NIAS para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la escala de ansiedad y la depresión hospitalaria (HADS), mini-ECCA para la valoración de la dieta y el cuestionario SF12V2 para la calidad de vida. Las variables numéricas se expresan con estadística descriptiva y medidas de dispersión, mientras que las categóricas con frecuencias y porcentajes. La distribución de los datos se evaluó con Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. La comparación entre grupos se llevó a cabo con las pruebas t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis de los datos se efectuó en el programa estadístico SPSS V.27 y R Studio V 4.4.1.

Resultados: Se incluyó a un total de 104 pacientes con una mediana de edad de 42 años (22-69), predominantemente mujeres (65,4%), de los cuales 19 tuvieron EC y ARFID (edad de 55 años [23-69], mujeres en 68,4%) y 85 CUCI y ARFID (edad de 43 años [22-69], mujeres en 64,7%). En relación con los datos sociodemográficos como IMC ($p = 0,169$), escolaridad ($p = 0,763$) y estado civil (0,067), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. En la evaluación de los TCA se observó que el grupo con EC y ARFID registró mayores puntuaciones en el cuestionario S-NIAS (30,5 + 6,9 vs. 29,4 + 4,8, $p = < 0,0001$) y en las subescalas alimentación selectiva (9,4 + 2,0 vs. 9,2 + 2,4, $p = < 0,0001$), apetito (11,2 + 4,1 vs. 10,5 + 2,4, $p = < 0,0001$) y miedo (10,7 + 3,1 vs. 9,6 + 3,0, $p = < 0,0001$) que los pacientes con CUCI y ARFID (Tabla 1). Por otro lado, no se reconocieron diferencias en las evaluaciones de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y ortorexia nerviosa. En la evaluación de ansiedad y depresión mediante el cuestionario HADS no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al igual que en la evaluación de calidad de la alimentación y calidad de vida.

Conclusiones: En este estudio, los pacientes con EC y ARFID mostraron mayor afectación en la conducta alimentaria, sobre todo en la alimentación selectiva, el apetito y el miedo relacionado con la ingestión de alimentos, en comparación con aquellos con CUCI y ARFID. Sin embargo, no se evidenciaron diferencias en el distrés psicológico, calidad de la dieta ni calidad de vida entre ambos grupos. Por tal motivo es importante de evaluar y abordar de forma integral a pacientes con EII, para optimizar el control clínico y prevenir complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y ARFID y pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) y ARFID. Los datos cuantitativos se presentaron como medias con desviación estándar (DE) o como medianas con rangos intercuartílicos (RIQ), según correspondiera. Los datos cualitativos se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de la distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Según fuera la distribución de los datos, las comparaciones entre dos grupos se realizaron mediante la prueba t de Student o la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para variables numéricas. Las variables categóricas se analizaron con las pruebas χ^2 o exacta de Fisher, según la adecuación de los supuestos. (Lun162)

Variable	Enfermedad de Crohn con ARFID n = 19	CUCI con ARFID n = 85	Valor de p
Edad	55 (23-69)	43 (22-69)	0,951
Sexo			
Hombre	6 (31,6%)	30 (35,3%)	0,249
Mujer	13 (68,4%)	55 (64,7%)	

IMC	23,7 (20,3-27,0)	23,6 (21,6-25,1)	0,169
Escolaridad			
Primaria	4 (21,1%)	11 (12,9%)	
Secundaria	5 (26,3%)	20 (23,5%)	
Preparatoria/ técnico	5 (26,3%)	21 (24,7%)	0,763
Licenciatura	5 (26,3%)	17 (20%)	
Posgrado	0 (0%)	16 (18,8%)	
Estado civil			
Soltero	6 (31,6%)	39 (45,9%)	0,067
Casado	13 (68,4%)	46 (54,1%)	
SCOFF			
Anorexia nerviosa	1 (5,3%)	2 (2,4%)	0,273
Bulimia nerviosa	2 (10,5%)	10 (11,8%)	
S-NIAS			
Puntuación total	30,5 ± 6,9	29,4 ± 4,8	< 0,0001
Alimentación	9,4 ± 2,0	9,2 ± 2,4	< 0,0001
selectiva	11,2 ± 4,1	10,5 ± 2,4	< 0,0001
Apetito	10,7 ± 3,1	9,6 ± 3,0	< 0,0001
Miedo			
ORTO-11-ES			
Ortorexia nerviosa	5 (26,3%)	29 (34,1%)	0,557
Puntuación total	27 (24-29)	27 (24-29)	0,338
Factor cognitivo	9 (8-10)	9 (8-10)	0,805
Aspectos clínicos	8 (8-9)	8 (7-9)	0,069
Factor emocional	10 (8-12)	10 (8-11)	0,934
HADS-A	6 (3-7)	5 (3-9)	0,214
HADS-D	5 (3-7)	5 (1,5-6,5)	0,199
Mini-ECCA			
Puntuación total	9 (8-10)	9 (7-10)	0,776
Muy buena	8 (42,1%)	35 (41,2%)	
Buena	9 (47,4%)	37 (43,5%)	0,418
Baja	1 (5,3%)	12 (14,1%)	
Muy baja	1 (5,3%)	1 (1,2%)	
Salud			
Muy mala	0 (0%)	1 (1,2%)	
Mala	4 (21,1%)	9 (10,6%)	0,109
Ni buena ni mala	5 (26,3%)	41 (48,2%)	
Buena	7 (36,8%)	27 (31,8%)	
Muy buena	3 (15,8%)	7 (8,2%)	
SF-12-v2			
Salud general			
Excelente	2 (10,5%)	1 (1,2%)	
Muy buena	3 (15,8%)	14 (16,5%)	0,476
Buena	9 (47,4%)	36 (42,4%)	
Regular	5 (26,3%)	33 (38,8%)	
Mala	0 (0%)	1 (1,2%)	0,544
PCS-12	46,6 (38,3-54,4)	49,3 (39,7-55,6)	0,744
MCS-12	49,7 (37,3-57,5)	45,7 (35,9-55,4)	

IMC, índice de masa corporal; SCOFF, Cuestionario para detección de trastornos de la conducta alimentaria; S-NIAS, *Selective eating, neophobia, and appetite scale*; ORTO-11-ES, versión española del Cuestionario para ortorexia nerviosa; HADS, *Hospital anxiety and depression scale*; mini-ECCA, Minievaluación de la calidad de la alimentación; SF-12v2, Cuestionario de salud de 12 ítems versión 2.

Lun163

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE IBD DISK EN PACIENTES POSOPERADOS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, 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) es una afección progresiva e incurable que altera de forma significativa la calidad de vida del paciente. Aunque la intervención quirúrgica puede ser necesaria en distintos momentos de la evolución de la enfermedad, especialmente ante complicaciones o resistencia al tratamiento médico, sus efectos sobre la funcionalidad física, emocional y social no siempre se traducen en una mejoría integral. En este contexto, el *IBD Disk* representa una herramienta útil y validada para evaluar la discapacidad percibida por el paciente en 10 dominios de la vida diaria. Su aplicación en el periodo posoperatorio permite identificar áreas de afectación que requieren atención interdisciplinaria.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida mediante el instrumento *IBD Disk* en pacientes con EII posoperados por cirugía intestinal o perianal, atendidos en una clínica especializada de un hospital de tercer nivel, e identificar los dominios con mayor afectación y diferencias entre tipos de intervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico realizado en 26 pacientes con EII con antecedente de cirugía intestinal o perianal, atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se recabaron variables clínicas y demográficas. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario *IBD Disk*, que califica 10 dominios funcionales de 0 (sin afectación) a 10 (afectación máxima). El análisis estadístico se efectuó con IBM SPSS v.26. Se evaluó la distribución de los datos con pruebas de normalidad. Las variables con distribución normal se expresaron como media ± desviación estándar (DE), y aquellas con distribución no normal como mediana e intervalo intercuartílico (RIC). Se aplicaron pruebas no paramétricas para análisis comparativo, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $46,5 \pm 13,3$ años y el 53,8% correspondió a hombres. En cuanto al tipo de cirugía, 42,3% fue intervenido por enfermedad perianal, 30,8% mediante resección intestinal con anastomosis primaria y 26,9% con cirugía derivativa. El 76,9% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento avanzado con agentes biológicos o inmunomoduladores, de acuerdo con la **Tabla 1**. Del análisis de los dominios del *IBD Disk* se identificaron diferencias estadísticamente significativas en dos áreas:

Actividad profesional: mostró mayor afectación en pacientes con anastomosis primaria respecto de la cirugía derivativa ($p = 0,009$). Energía vital: resultó más comprometida en pacientes con anastomosis primaria comparados con aquellos sometidos a cirugía perianal ($p = 0,041$). Los otros dominios evaluados revelaron afectación clínica variable, sin diferencias estadísticas significativas entre los grupos quirúrgicos. Sin embargo, algunos como sueño, percepción corporal y estrés reflejaron valores elevados que sugieren afectación funcional persistente.

Tabla 1. Percepción de la calidad de vida según *IBD Disk* en pacientes posoperados por EII. (Lun163)

Variable	Total (n = 26)	CUCI (n = 8)	EC (n = 18)	Valor de p
Género, n (%)				
Masculino	14 (53,8%)	7 (87,5%)	7 (38,9%)	-
Femenino	12 (46,2%)	1 (12,5%)	11 (61,1%)	-
Edad†	46,5 ± 13,3	39 ± 11,5	49 ± 13,2	-
Tipo cirugía, n (%)				
Intestinal derivativa	7 (26,9%)	3 (37,5%)	4 (22,2%)	-
Intestinal con anastomosis primaria	8 (30,8%)	2 (25%)	6 (33,3%)	-
Perianal	11 (42,3%)	3 (37,5%)	8 (44,4%)	-
Tipo de tratamiento, n (%)				
Tratamiento convencional	6 (23,1%)	3 (37,5%)	3 (16,7%)	-
Tratamiento avanzado	20 (76,9%)	6 (62,5%)	15 (83,3%)	-
Dominios del <i>IBD Disk</i>				
Dolor abdominal*	1 (0-5)	1 (0-6)	1,5 (0-5)	0,6
Frecuencia evacuatoria*	1,5 (0-5)	1 (0-7,5)	1,5 (0-5,2)	0,3
Vida social*	4,5 (0-8)	4,5 (0-7,2)	4 (0-8,5)	0,6
Actividad profesional*	5 (1,5-9,2)	5 (3,5-9)	5 (0-10)	0,009**

Sueño*	5 (3,5-8,5)	7,5 (4,5-8)	5 (1,7-10)	0,8
Energía*	5 (3-10)	4 (2,2-8,2)	6,5 (4,5-10)	0,041
Estrés/ansiedad*	5 (2-8)	4 (0,7-8)	5 (2-9,2)	0,06**
Percepción corporal*	4 (0-8,2)	1 (0-4,5)	5 (0-9,2)	0,1
Sexualidad*	3 (0-9,2)	3 (1,2-8,5)	2,5 (0-10)	0,2
Dolor articular*	2 (0-8)	3,5 (0,2-7,2)	1,5 (0-8,5)	0,7

*Los resultados se expresan en medianas y rangos intercuartílicos. † Variable cuantitativa expresada como media ± desviación estándar. **Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. IBD, *Inflammatory bowel disease*.

Conclusiones: Los dominios de actividad profesional y energía vital fueron los más significativamente afectados, en particular en aquéllos sometidos a resección intestinal con anastomosis primaria. A pesar del control inflamatorio logrado mediante la cirugía, persisten limitaciones funcionales y psicosociales. El uso sistemático del *IBD Disk* en la evaluación posoperatoria permite identificar dimensiones de discapacidad no evidentes en la exploración clínica habitual, lo que destaca así la necesidad de un modelo de atención integral e interdisciplinario que incluya el seguimiento clínico y la rehabilitación funcional, reinserción laboral y acompañamiento emocional como parte del abordaje global de los pacientes con EII.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Lun164

DESENLACE CLÍNICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

J. C. Aguilar-De La O, F. Arreola-Banda, D. H. Acosta-Sandoval, K. A. Miyagui-Adame, M. Castillo-Barradas, F. Martínez-Silva, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La incidencia de infección por *Clostridioides difficile* se ha incrementado en grupos de alto riesgo como los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con riesgo hasta dos veces mayor que la población general; también se han descrito características diferentes, además de que el tratamiento de la enfermedad puede elevar el riesgo por esta infección. La ICD empeora los resultados de la EII, dado que se acompaña de mayor morbilidad y mortalidad, con mayores tasas de visitas al servicio de urgencias, mayor tiempo de estancia hospitalaria, mayor recurrencia y mayores tasas de colectomía.

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal e infección por *Clostridioides difficile*, desenlaces (recurrencia, mortalidad y colectomía) en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal de pacientes mayores de 18 años, de enero de 2020 a enero de 2025 con diagnóstico establecido de EII e ICD, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.

Resultados: Se incluyó a un total de 42 pacientes, 23 mujeres (54,8%) y 19 hombres (45,2%). Con un intervalo de edad de 18 a 72 años (y una media de 46,02 años). El 90,5% (38 pacientes) no tenía otros antecedentes de importancia para ICD. El 90,5% de los pacientes tenía diagnóstico de colitis ulcerosa

(38 pacientes) y 4 (9,5%) individuos de enfermedad de Crohn. El tiempo promedio del diagnóstico de la EII fue de $7,8 \pm 6,5$ años, con intervalos de seis meses a 25 años. La media de la puntuación de Truelove y Witts en pacientes con CU fue de 14,89 (corresponde a brote moderado) y la de CDAI en pacientes con EC de 322, lo cual corresponde con actividad moderada. El total de pacientes con tratamiento inmunosupresor (azatioprina, tofacitinib, tratamiento biológico, esteroide) fue de 47,6% (20 pacientes). El sitio de adquisición de la infección por *Clostridioides difficile* correspondió a la adquirida en la comunidad en 66,7% (28 pacientes). En cuanto a la gravedad de la infección por *Clostridioides difficile*, el 81% de los pacientes (34) se catalogó como un episodio inicial no grave, el 11,9% (5) como un episodio inicial grave y sólo el 7,1% (3) como colitis fulminante. La tasa de recurrencia se observó en apenas 5 (11,9%) casos. Respecto de la mortalidad, sólo 2 (4,8%) pacientes fallecieron por el episodio de *Clostridioides difficile*, clasificados como colitis fulminante. Sólo 1 (2,4%) paciente se sometió a colectomía por colitis fulminante y sobrevivió (Tabla 1).

Conclusiones: De esta muestra, la mayoría correspondió a pacientes con colitis ulcerosa e individuos más jóvenes, con mayor tasa de infecciones adquiridas en la comunidad y un cuadro de menor gravedad; esta relación podría deberse a la ausencia de comorbilidades y a que los cuadros nosocomiales tienden a ser de mayor gravedad. Destaca la disparidad de la muestra, lo que no permite diferenciar desenlaces entre CU y EC, como principal debilidad de la muestra.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento para esta investigación.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal e infección por *Clostridioides difficile* (n = 42). (Lun164)

Variable	
Edad (años)	46,02 (± 16,9)
Género, n = (%) (proporción)	
Masculino	19 (45,2%)
Femenino	23 (54,8%)
IMC (kg/m ²); M	23,9 (± 3,8)
Comorbilidades, n = (%) (proporción)	
Ninguna	38 (90,5%)
Diabetes tipo 2	2 (4,8%)
Neoplasia activa	2 (4,8%)
Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, n = (%) (proporción)	
CUCI	38 (90,5%)
EC	4 (9,5%)
Tiempo de diagnóstico; M (años)	7,8 (± 6,5)
Tratamiento específico, n = (%) (proporción)	
Aminosalicilatos	22 (52,4%)
Adalimumab	3 (7,1%)
Infliximab	1 (2,4%)
Tofacitinib	2 (4,8%)
5 ASA + esteroide	3 (7,1%)
5 ASA + biológico	2 (4,8%)
5 ASA + biológico + esteroide	4 (9,5%)
Azatioprina	5 (11,9%)
CDAI; M	322 (± 104,9)
TLW; M	14,89 (± 4,01)

IMC, índice de masa corporal; CUCI, colitis ulcerosa crónica inespecífica; EC, enfermedad de Crohn; 5-ASA, 5 aminosalicilatos; TLW, Truelove y Witts; CDAI, índice de la actividad de la enfermedad de Crohn.