

presentaban inestabilidad de microsátélites y 10 (77%) pérdida de expresión de la proteína correspondiente (9 MLH1 y 1 MSH2). Por último, el análisis de las características asociadas a los reordenamientos genómicos demostró una tendencia a presentar esta alteración entre aquellos pacientes con una mayor agregación familiar de CCR o otras neoplasias del entorno del CCHNP ($p = 0,07$).

Conclusiones: En el nuestro medio, al igual que en otras poblaciones, los reordenamientos genómicos en los genes *MSH2* y *MLH1* son un evento mutacional importante en el CCHNP, y probablemente se asocia a un fenotipo familiar más grave.

VALIDACIÓN DE LA DESCAMACIÓN CELULAR COMO MÉTODO NO INVASIVO PARA ESTUDIAR LA HIPER-PROLIFERACIÓN EPITELIAL ASOCIADA A ADENOCARCINOMA COLORECTAL

M. Antolín*, J. Naval**, A. García-Lafuente*, M. Carol*, E. Varela*, J. Vilaseca*, F. Guarner*, M. Armengol** y J. Malagelada*

*Aparell Digestiu Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, **Cirurgia Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La mucosa colónica mantiene la integridad de la arquitectura de la superficie de las criptas gracias al equilibrio de los procesos de proliferación celular y muerte celular programada. La pérdida del equilibrio, bien sea por el descenso de la apoptosis o por el aumento del grado de proliferación, se considera un factor subyacente que predispone a la transformación neoplásica. Nuestra hipótesis es que el desequilibrio daría lugar a un aumento de la descamación celular que podría reconocerse como aumento de la eliminación de DNA humano a la luz intestinal.

Objetivo: Estudiar si la descamación celular se relaciona con la proliferación celular de la mucosa adyacente a un adenocarcinoma colorectal.

Material y métodos: El estudio fue realizado en 61 pacientes que se sometían a cirugía por adenocarcinoma colorectal. Se recogieron muestras de lavado rectal con suero fisiológico y muestras quirúrgicas de adenocarcinoma colorectal ($n = 35$) y de mucosa adyacente ($n = 44$). En el lavado rectal se determinó la descamación celular por cuantificación de DNA humano mediante PCR cuantitativa a tiempo real del gen de la b-globina. Los resultados se expresan en copias/mL. La proliferación celular se estudió en las muestras de tejido mediante el análisis del ciclo celular por citometría de flujo. Los resultados se expresan como porcentaje de células en G2/M.

Resultados: La descamación celular rectal fue de $1,5 \times 10^7 \pm 5,4 \times 10^7$ (media \pm DE). El porcentaje G2/M en mucosa adyacente fue de $6,4 \pm 1,7$ mientras que en mucosa tumoral fue $12,5 \pm 12,2$ (media \pm DE, $p < 0,05$). La descamación rectal presentó una débil correlación con la proliferación de la mucosa adyacente ($r = 0,292$, $p = 0,05$) y no se relacionó con la proliferación de la mucosa tumoral ($r = -0,104$).

Conclusión: No existe relación estrecha entre descamación celular de la mucosa rectal y proliferación celular en la mucosa, por lo que este parámetro no invasivo no sería útil para detectar individuos con hiperproliferación epitelial.

Endoscopia

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA NO FILIADA

C. Abadía*, A. Adet**, E. Saperas*, F. Feu**, A. Mata**, J.R. Armengol*, J.R. Malagelada* y J.M. Piqué**

*Aparell Digestiu Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona, **Gastroenterología. Institut Malalties Digestives Hospital Clínic Barcelona. Barcelona.

La hemorragia digestiva baja aguda (HDB) es una causa común de ingreso en el hospital, en particular de pacientes de edad avanzada.

La colonoscopia es la exploración más utilizada para su diagnóstico, pero en un elevado número de pacientes no consigue identificar el origen de la hemorragia. En estos pacientes con hemorragia no filiada se desconocen aspectos importantes como son el diagnóstico final y cuando se establece y cual es su evolución.

Objetivo: Investigar la etiología y evolución de la hemorragia en pacientes ingresados por hemorragia digestiva baja aguda con colonoscopia no diagnóstica.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 131 pacientes consecutivos ingresados por HDB durante un período de 50 meses, en los que se realizó colonoscopia como exploración inicial. Se recogieron los datos correspondientes a características clínicas y de la hemorragia, resultados de las exploraciones complementarias, tratamiento y seguimiento. Utilizando criterios predefinidos se categorizó el diagnóstico en certeza, probabilidad y no filiada.

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes (50% hombres), con edad media de $69 \pm 1,6$ años ($77\% \geq 65$ años). El 80% presentaban al menos una enfermedad asociada como factor de riesgo. La HDB se presentó con shock en un 16% de pacientes, y requirieron transfusión sanguínea el 60% de los pacientes (media: $2,3 \pm 0,3$ UU). La lesión potencialmente sangrante más frecuente en la colonoscopia fueron los divertículos, con una prevalencia del 37%. Sin embargo, de acuerdo con los criterios predeterminados, la hemorragia diverticular pudo establecerse con certeza sólo en 4,7% de estos pacientes. En 78 de los 131 pacientes (60%) la hemorragia fue categorizada como no filiada después de la colonoscopia diagnóstica. En 15 de estos 78 pacientes la hemorragia fue persistente o recidivó durante el ingreso y fueron excluidos del seguimiento. En los 63 pacientes restantes se realizó arteriografía mesentérica selectiva en 37 pacientes, que estableció el diagnóstico de angiodisplasia de colon en 24 casos, de tumor de intestino delgado en 1 caso y no fue diagnóstica en los 12 restantes. Una angiodisplasia y el tumor fueron intervenidos. En los 61 pacientes en los que se adoptó conducta expectante (23 angiodisplasias diagnosticadas por arteriografía y 38 hemorragias no filiadas) la incidencia de recidiva de la hemorragia fue del 37,7% (23 de 61 pacientes; 10 de 24 angiodisplasias y 13 de 38 no filiadas) tras una media de seguimiento de $24,8 \pm 2,2$ meses (rango: 1 - 62,3 meses). Durante el seguimiento pudo establecerse el diagnóstico de angiodisplasia en 4 casos adicionales y de lesión de Dieulafoy yeyunal por enteroscopia en 1 caso.

Conclusiones: La HDB aguda se concentra en pacientes de edad avanzada y es frecuentemente no filiada. La hemorragia no filiada es a menudo recurrente y la causa más frecuente es la angiodisplasia u otras lesiones vasculares.

¿ES ÚTIL LA OBTENCIÓN DE BIOPSIAS DE SEGUNDA PORCIÓN DUODENAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS A UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA PARA ESTUDIO DE ANEMIA?

J.M. Vigata Reig*, M. Rivera Vázquez**, X. Bessa Caserras**, M. Nieto Calvet**, A. Panadès Aran**, A. Seoane Urgorri**, M.A. Munne Torras***, D. Vazquez Cruz**, M. Andreu García** y F. Bory Ros**

*Medicina Familia Hospital del Mar. Barcelona, **Gastroenterología Hospital del Mar. Barcelona, ***Anatomía Patológica Hospital del Mar. Barcelona

El espectro de presentación de la enfermedad celiaca es amplio, comprendiendo desde los síntomas gastrointestinales vagos hasta la malabsorción con esteatorrea. El diagnóstico de enfermedad celiaca debe considerarse ante todo paciente con anemia de origen no filiada. Diversas sociedades de Gastroenterología (GUT 2000; 46 (suppl 4): iv1-iv5) recomiendan la obtención de biopsias seriadas de segunda porción duodenal en pacientes con anemia ferropénica para descartar la presencia de una enfermedad celiaca.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la obtención de biopsias de segunda porción duodenal en pacientes remitidos a una unidad de endoscopia digestiva para el estudio de anemia de origen indeterminado. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes remitidos en el período Febrero-Agosto'03 a nuestra unidad, con la

orientación de anemia a estudio para efectuar un estudio endoscópico alto. Se han descartado los pacientes con otras causas de pérdidas gastrointestinales. Al menos dos muestras de mucosa duodenal, lo más alejadas posible, se obtuvieron para estudio histológico. Las muestras obtenidas fueron tipificadas como normales (grupo I) o patológicas (grupo II) en base a la clasificación de MARSH (tipo I o infiltrativo, tipo II o hiperplásico y tipo III o destructivo). Una histología MARSH tipo III se considera diagnóstico de enfermedad celiaca. Los hallazgos obtenidos se han correlacionado a posteriori con variables clínicas (edad, sexo) y analíticas (ferropenia, microcitos, tiempo de quick y niveles ácido fólico y vit B12).

Resultado: En el período de estudio se han evaluado 67 pacientes con anemia de origen no filiado, en tres casos (4,5%) se ha obtenido el diagnóstico histológico de enfermedad celiaca. En 12 casos (18%) la muestra de segunda porción fue patológica (MARSH tipo I en 9 casos (13,4%) y MARSH tipo III en 3 casos (4,5%), respecto al total de muestras obtenidas). La obtención de una muestra patológica (MARSH I-III se relacionó a posteriori con una edad inferior a la mediana ($p < 0,049$) y la ferropenia ($p < 0,005$). No se observó relación entre el déficit de ácido fólico, vitamina B12 y descenso del tiempo de protrombina y la obtención de una muestra patológica ($p < 0,44$, $p < 0,51$, y $p < 0,66$, respectivamente). El análisis multivariado mostró que la única variable asociada a la obtención de una muestra patológica durante el estudio fue unos niveles bajos de ferritina (OR: 6,6, IC95% 1,6 – 26,9).

Conclusión: La obtención de biopsias de segunda porción duodenal en el estudio endoscópico alto, debería efectuarse de forma rutinaria en los pacientes remitidos a una unidad de endoscopia para el estudio de una anemia no filiado.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y EL TRÁNSITO INTESTINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE PÓLIPOS EN INTESTINO DELGADO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE POLIPOSIS INTESTINAL. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Mata*, J. Bordas*, A. Castells*, G. Fernández-Esparrach*, J. Rovira**, J.M. Piqué*, J. Llach*, A. Ginès* y M. Pellisé*

*Gastroenterología HCP. Barcelona, **CDB HCP. Barcelona.

La cápsula endoscópica es una buena técnica para la visualización del intestino delgado y se ha sugerido que podría ser de utilidad para la identificación de lesiones polipoideas en pacientes con poliposis intestinal.

Objetivo: Valorar la eficacia diagnóstica de la cápsula endoscópica y el tránsito intestinal en la detección de lesiones polipoideas en pacientes con síndrome de poliposis intestinal.

Pacientes y métodos: Se analizaron 10 pacientes con diagnóstico de síndrome de poliposis intestinal (6 casos de poliposis adenomatosa familiar y 4 con Sdme de Peutz-Jeghers). A todos ellos se les realizó un estudio del intestino delgado mediante tránsito intestinal y cápsula endoscópica en un período de tiempo inferior a 1 semana. Se documentaron el número de pólipos (ausencia, 1-5 o más de 5), la localización (duodeno, yeyuno o íleon) y el aspecto de la superficie de las lesiones visualizadas con ambas exploraciones. El análisis fue realizado por expertos en cada una de las dos técnicas que desconocían el resultado de la otra.

Resultados: La cápsula endoscópica visualizó pólipos en intestino delgado en 4 de los 10 pacientes. El tránsito intestinal identificó pólipos en intestino delgado en 3 de estos 4 pacientes, sin objetivar un pólipo ileal visualizado por cápsula en el paciente restante. Aunque el número de lesiones detectado por ambas técnicas fue similar en duodeno y yeyuno, la cápsula identificó pólipos ileales en dos de los 4 pacientes con hallazgo radiológico negativo. No se observaron alteraciones relevantes a nivel de la mucosa en ninguna de las lesiones detectadas. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con ambas técnicas.

Conclusión: En los pacientes con síndrome de poliposis intestinal, la cápsula endoscópica puede ser útil para la visualización de pólipos intestinales, particularmente en la identificación de lesiones situadas a nivel ileal.

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INDETERMINADO. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y LA ENTEROSCOPIA

A. Mata*, F. Feu*, A. Ginès*, G. Fernández-Esparrach, J.M. Piqué, J. Bordas y J. Llach

Gastroenterología HCP. Barcelona.

La identificación y localización de las lesiones situadas en el intestino delgado y que pueden provocar hemorragia digestiva resulta difícil de establecer.

Objetivo: Analizar el papel de la cápsula endoscópica en los pacientes con hemorragia digestiva de origen indeterminado (HDOI) y comparar los resultados obtenidos entre ésta exploración y la enteroscopia.

Pacientes y método: Se analizaron 35 pacientes con HDOI, (hemorragia aguda en 21 casos y anemia crónica en 14) con fibrogastroscoopia y fibrocolonoscopia total normales. Todos ellos fueron instruidos para recibir la cápsula y al cabo de 1 semana se les realizó una enteroscopia. Se compararon los resultados obtenidos mediante ambos procedimientos de forma independiente y sin conocimiento del resultado de la otra exploración.

Resultados: La visualización de hallazgos potencialmente relacionados con la hemorragia digestiva fue significativamente superior ($p < 0,05$) mediante la cápsula (26 de 35 pacientes (74%)) que con la enteroscopia (7 de 35 pacientes (20%)). El porcentaje de hallazgos fue similar en los pacientes con hemorragia digestiva aguda y con anemia crónica (71% y 78% respectivamente). Todas las lesiones visualizadas por la enteroscopia fueron detectadas por la cápsula endoscópica. Las lesiones más frecuentes fueron: angiodisplasias (46%), presencia de sangre y coágulos sin detectar lesión mucosa (23%), úlceras yeyunales (15%), tumoración ileal (8%), Mucosa ileal de aspecto inflamatorio (4%) y estenosis yeyunal (4%). En 6 casos (23% de los pacientes con hallazgos positivos), los resultados obtenidos condicionaron un cambio en la actitud terapéutica. Un paciente con estenosis yeyunal y dos con lesión ileal fueron intervenidos quirúrgicamente confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Crohn en el primer caso y tumor carcinoide en los otros dos. Otros dos pacientes con evidencia de angiodisplasia yeyunal y restos de sangre, fueron tratados eficazmente con Argon-beam en el curso de la enteroscopia. El paciente restante con mucosa ileal de aspecto inflamatorio se diagnosticó de enfermedad de Crohn presentando mejoría clínica tras el tratamiento médico efectuado. La cápsula fue bien tolerada en todos los casos. En el paciente con estenosis yeyunal fue necesaria su extracción durante la cirugía.

Conclusión: La cápsula endoscópica permite una correcta visualización de todo el intestino delgado y posee una eficacia diagnóstica superior a la enteroscopia en el estudio de pacientes con HDOI, permitiendo además modificar la conducta terapéutica en uno de cada cuatro enfermos de nuestra serie.

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA ROCKALL EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) DE ALTO RIESGO NO LIGADA A HIPERTENSIÓN PORTAL (HTP)

X. Bessa Caserras, E. O'Callaghan Castella, B. Ballesté Peris, M. Nieto Calvet, A. Seoane Urgorri, A. Panadès Aran, D. Vázquez Cruz, M. Andreu García y F. Bory Ros

Gastroenterología Hospital del Mar. Barcelona.

La aplicación de una guía clínica basada en el sistema de puntuación Rockall (Gastroenterol Hepatol 2003;26:70-85) ha permitido mejorar el pronóstico y disminuir las estancias medias hospitalarias en pacientes con HDA. La mayoría de estudios han evaluado su eficacia en la globalidad de las HDA, no obstante, pocos estudios se han centrado en su utilidad en las HDA de alto riesgo.

Objetivo: Evaluar la aplicación de la guía Rockall en el pronóstico y manejo de los pacientes con HDA de alto riesgo no ligada a HTP.

Pacientes y métodos: Aplicación prospectiva de la guía Rockall

en todos los pacientes ingresados por HDA no ligada a HTP de alto riesgo (período 2002-2003) y comparación de las principales variables evolutivas (recidiva, necesidad de tratamiento quirúrgico, morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria), con una serie histórica de pacientes de las mismas características (período 1995-2001). Se ha considerado HDA no ligada a HTP a los pacientes sometidos a tratamiento hemostático endoscópico (Forrest Ia, Ib, IIa y IIb). La actuación en los pacientes de alto riesgo, comporta entre otras, la monitorización de constantes vitales, la monitorización de la presión venosa central y la diuresis si es preciso, la colocación de sonda nasogástrica y el ayuno o dieta líquida en las primeras 24 horas.

Resultados: Se incluyeron de forma prospectiva 43 pacientes con HDA no ligada a HTP de alto riesgo y se compararon los parámetros descritos previamente con una serie histórica previa de 199 pacientes. La aplicación de la guía clínica basada en el sistema de puntuación Rockall, ha permitido disminuir de manera significativa la probabilidad de recidiva (20% vs. 6%, $p < 0,02$) y la estancia media ($10,5 \pm 8,6$ vs. $5,5 \pm 3,4$ días, $p < 0,002$). Sin alcanzar la significación estadística, probablemente por el bajo número de pacientes en la serie prospectiva, se ha mejorado la probabilidad de requerir tratamiento quirúrgico (9,7% vs. 2,2%, $p < 0,096$), la probabilidad de mortalidad (7,7% vs. 2,2%, $p < 0,17$) y el desarrollo de complicaciones en relación a la HDA (21% vs. 13%, $p < 0,22$). No se han observado diferencias significativas en el requerimiento de hemoderivados ($1,7 \pm 1,9$ vs. $1,4 \pm 1,9$ concentrados de hemátiles, $p < 0,28$). La comparación de ambas series, mostró una menor presencia de enfermedades asociadas (53% vs. 33%, $p < 0,01$) y un mayor uso de inhibidores de la bomba de protones en la serie prospectiva (97% vs. 66%, $p < 0,001$), no obstante, el análisis multivariado ajustado previamente por las variables diferenciales previamente descritas ha confirmado que la aplicación de una guía clínica reduce el riesgo de recidiva hemorrágica (RR: 0,24, IC95%: 0,07-0,86).

Conclusión: La aplicación de una guía clínica basada en el sistema de puntuación Rockall mejora el manejo y pronóstico de los pacientes con HDA no ligada a HTP de alto riesgo.

LA IMAGEN ENDOSCÓPICA INTEGRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA

C. Dolz Abadía*, A. Vilella Martorell*, A. Brotons García*, J. Riera Oliver*, H. Andreu Serra*, A. Contestí Coll** y M. Cabrer González**

*Aparato Digestivo Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca,

**Servicio de Informática Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Objetivos: La incorporación de la imagen endoscópica en la historia clínica y en el circuito de archivo y edición de imágenes del Hospital.

Materiales y sistemas utilizados: 1) Captura de las imágenes con el programa de endoscopia Endobase de Olympus. 2) Utilización de estándares de sistemas informáticos: DICOM 3.0 para comunicaciones con el PACS (Picture Archiving Communication System). Dicha base tecnológica consta de un sistema de almacenamiento de imágenes que proporciona un sistema *filmless* dentro del ámbito de la radiología permitiendo su visualización a través de un visualizador DICOM-Web. 3) Interface Gráfico de Captura y tratamiento de imágenes adaptado a todos los dispositivos susceptibles de suministro de imágenes fotográficas y de video del Hospital. Módulo de conversión a DICOM-VL y de comunicación con Endobase de Olympus. 4) Almacenamiento y archivo de las imágenes en el PACS utilizando DICOM 3.0. 5) Visión y edición mediante el programa de gestión de imágenes, en entorno Web, Path-speed de General Electric.

Resultados: 1) Disponer de un único sistema para edición, almacenamiento y visión de todas las imágenes, tanto radiológicas como endoscópicas. 2) Incorporar a la historia clínica del paciente las imágenes generadas en las exploraciones, con acceso directo a todas ellas, ordenadas cronológicamente a lo largo de la vida del paciente. 3) Ver si

multáneamente, en la misma pantalla, diferentes exploraciones: endoscópicas con radiológicas, endoscópicas entre si, etc. 4) Manipular la imagen para mejorar su interpretación: efecto lupa, medición de dimensiones, etc. 5) Incorporar directamente las imágenes a un editor de texto, informe de alta o programa de presentaciones. 6) Imprimir directamente la imagen. 7) Aprovechar las ventajas de un editor en entorno Web (Internet), tales como acceso desde otras áreas geográficas, acceso desde dispositivos móviles y facilidad de mantenimiento y actualización. 8) Cumplimiento de la normativa de seguridad y protección de datos según la Ley orgánica de protección de datos.

Conclusiones: El sistema desarrollado permite incorporar las imágenes endoscópicas en la historia clínica del paciente de forma sencilla, quedando integradas en un único archivo. La implantación de este desarrollo informático ha permitido mejorar el acceso, la edición, la organización y la confidencialidad de las imágenes obtenidas en las diferentes exploraciones endoscópicas.

SEDACIÓN SIN ANESTESIÓLOGO EN 5250 CASOS ENDOSCÓPICOS: MIDAZOLAM V.S. MIDAZOLAM + DOLANTINA V.S. PROPOFOL

F. González-Huix Lladó, E. Fort Martorell, E. Salinas Palacios, M. Hombrados Verde, M. Figa Francesch, X. Aldeguer Manté, R. Chavero Pozo, C. López Núñez, S. Casademont Perich y D. Acero Fernández

Aparato Digestivo. Hospital Doctor Josep Trueta. Girona.

Los narcóticos y benzodiazepinas son de uso frecuente en la sedación endoscópica. El Propofol tiene ventajas sobre el resto de sedantes pero su uso suele ser controlado por especialistas de anestesia.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con la dosis, tolerancia y seguridad en el uso de sedantes, incluyendo el Propofol, administrados por el endoscopista y la enfermera sin control del anestesista.

Pacientes y métodos: Desde el 02/02, se inició el uso de Propofol durante la endoscopia en nuestro centro. Se recogió prospectivamente: edad, tipo de endoscopia, tolerancia, tipo y dosis de sedante. En los casos sedados: TA, FC, SatO₂ e incidencias.

Resultados: Se incluyeron 6438 endoscopias. En 5250 (81,5%) se administró algún sedante: Midazolam (Mid): 952 (18,1%), Midazolam + Dolantina (Mid + Dol): 1459 (27,8%) y Propofol (Prop): 2839 (54,1%). En los procedimientos sin sedación (18,5%) la tolerancia y los valores de SatO₂ fueron más bajos ($p = 0,001$, $p = 0,008$) y más alta la FC ($p = 0,011$). Entre los grupos sedados, el grupo Prop tenía mejor valor medio de TAs ($p = 0,000$), y SatO₂ ($p = 0,000$) al final de la prueba que el grupo Mid + Dol. Estos se taquicardizaron menos que los otros dos grupos ($p = 0,000$), la SatO₂ bajó menos en Mid ($p = 0,000$) que en Prop y Mid + Dol ($p = 0,000$). La tolerancia, valorada, respectivamente, por el paciente y la enfermera, fue peor en el grupo Mid respecto Mid + Dol y Prop ($p = 0,000$). Hubo complicaciones de relevancia en 45 casos (0,8%): 24 (0,44%) con SatO₂ < 90, más frecuente en Prop y Mid + Dol que en Mid. En 4 se retiró el endoscopio para oxigenar sin requerir intubación. En 17 hubo bradicardia, 2 aspiraciones, 1 laringoespasma, 1 angor y 1 convulsión. No hubo éxitos.

Conclusiones: La sedación mejora la tolerancia de la endoscopia. La eficacia del propofol y el bajo número de complicaciones justifican su uso rutinario sin presencia de anesthesiólogos y reduce costes.

SEDACIÓN Y ANESTESIA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA HOSPITALARIA EN CATALUÑA

R. Campo, E. Brullet, F. Junquera, V. Puig, M. Vergara, A. Montserrat, X. Calvet y J. Real

Endoscopia Digestiva C.P. Taulí. Sabadell

La sedación se está convirtiendo en una necesidad cada vez mayor en endoscopia digestiva. No se conocen los hábitos de sedación en las unidades de endoscopia digestiva (UED) de Cataluña.

Objetivo: Evaluar la situación actual sobre el uso de sedación en las UED de Cataluña.

Métodos. Se remitió una encuesta anónima a los responsables médicos y de enfermería de las UED de 64 hospitales públicos y privados de Cataluña. Dicha encuesta incluía preguntas sobre aspectos relacionados con el número de exploraciones, la frecuencia de uso de sedación, los fármacos utilizados, la participación del anestesiólogo, el uso de monitorización y las complicaciones.

Resultados: 44 UED (69%) de 31 hospitales públicos y 13 privados respondieron la encuesta. La suma de las exploraciones realizadas en el año 2001 fue de 56.453 gastroscopias (GAS), 47.278 colonoscopias (COL) y 2.173 CPRE. Se utilizó sedación, sedación-analgésica o anestesia en el 17% de las GAS, el 61% de las COL y el 100% de las CPRE. El anestesiólogo participó en la sedación en el 7% de las GAS, 25% de las COL y 38% de las CPRE, y con mayor frecuencia en centros privados que en públicos (GAS: 25% vs. 2%; COL: 57% vs. 9%, $p < 0,001$). No se refirió ningún caso de muerte relacionada con el uso de sedación. Un 89% de las UED cumplían las recomendaciones estándar en sedación (Soc. Am. Endosc. Gastrointest.).

Conclusiones: En Cataluña, la sedación se emplea escasamente en GAS, es muy utilizada en COL y rutinaria en CPRE. En los hospitales privados el anestesiólogo interviene con mayor frecuencia. La mayoría de las UED siguen los estándares de sedación.

Hepatitis

ANÁLISIS DE COSTES DIRECTOS Y USO DE RECURSOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES VHC+ EN EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL H.U. DE BELLVITGE

T. Casanovas Taltavull*, E. Rodríguez Fariña*, C. Baliellas*, C. Lopez Nuñez*, J. Gornals*, X. Xiol*, J. Castellote*, N. Chahri*, B. Verdura*, R. Ballester*, M. Herdman**, A. Casado** y L.A. Casais*

*Ap. Digestivo H.U. de Bellvitge. L'Hospitalet.Barcelona, **3D Health Research 3D Health Research. Barcelona.

Está previsto que en los próximos años se produzca un aumento de las patologías asociadas a la infección crónica por VHC por lo que las necesidades asistenciales de los pacientes con cirrosis y hepatocarcinoma aumentarán así como la demanda de trasplante hepático. Un análisis de la carga asistencial actual de los pacientes VHC+ puede dar una visión actualizada del problema y ayudar a una mejor planificación sanitaria.

Objetivos: estimar recursos y costes asociados al tratamiento de los pacientes VHC+ en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) con programa de trasplante hepático.

Métodos: Se recogen los costes directos (no se miden costes indirectos o intangibles) de los pacientes VHC+, tanto nuevos como ya existentes, en el período de 4 meses (octubre 2002 a enero 2003) y las características demográficas, epidemiológicas y clínicas, así como el uso de recursos. Se han clasificado los pacientes en 11 categorías asistenciales. Los protocolos de actuación están definidos así como las posibilidades de tratamiento incluido trasplante hepático. No se ha incluido el coste del tratamiento antiviral. Los costes se valoran en euros 2002.

Resultados: Muestra de estudio, según procedencia de los pacientes: Consultas Externas 584 pacientes, pacientes ingresados 111 (74 remitidos a CEExt), Visitas a Urgencias 152 episodios. Once categorías: 1) Hepatitis crónicas 39%; 2) CH compensada 20%; 3) CH descompensada no TH 8%, 4) CH descompensada pre-TH 3%; 5) HCC+ CH no TH 3,4%; 6) HCC+ CH descompensada pre-TH 1,4%; 7) HCC+ CH compensada pre-TH 2,1%; 8) post-TH 7,9%; 9) post-TH con complicación 10%; 10) Nefro 3,1%; 11) HIV 0,9%, missing 1,2%. El coste total, incluyendo ingresos y excluyendo el coste del tratamiento antiviral, durante un período de 4 meses ha sido: 595.434,00 Euros.

Conclusiones: La mayoría de pacientes VHC+ son asistidos en Consultas externas. Los datos del estudio permitirán valorar resultados clínicos en las diversas fases evolutivas y morbilidad asociada y

también realizar una previsión para planificar la asistencia y los recursos necesarios para el tratamiento de la hepatitis C.

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOCES DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C (HCC) TRIBUTARIOS DE TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO ALFA 2 A (PEGIFN) Y RIBAVIRINA (RBV)

A. Vaque*, E. Gallardo*, S. Montoliu**, A. Borrás*, J. Santos**, R.M. Morillas**, A. Soler*, C. Díez-Quevedo***, J. Costa*, R. Planas** y L. Sanchez-Planell***

*Farmacología Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona,

**Aparato Digestivo Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona,

***Psiquiatría Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Alrededor del 20-30% de los pacientes con HCC tratados con PEGIFN y RBV presentan efectos secundarios neuropsiquiátricos que son frecuente causa de interrupción del tratamiento.

Objetivo: Mejorar el proceso de detección y tratamiento precoz de las alteraciones psiquiátricas en pacientes con HCC, tanto antes como durante el tratamiento antivírico.

Material y métodos: En 47 pacientes (34 varones), con edad media de 43,7 años, con HCC (por genotipo 1 en el 61% de los casos) se evaluó su estado psicopatológico antes y al cabo de 1 y 3 meses de iniciar tratamiento con PEGIFN y RBV mediante los cuestionarios Patient Health Questionnaire (PHQ) y Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS). Los pacientes con cribado positivo en los tests PHQ fueron sometidos a evaluación psiquiátrica y, si fue necesario, iniciaron tratamiento antidepresivo con citalopram.

Resultados: Existían antecedentes de depresión, de trastorno de ansiedad y de alguno de ellos en 18 (38%), 16 (34%) y 22 (46%) pacientes, respectivamente, y 8 (18%) pacientes tenían antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral. El PHQ basal permitió la detección y derivación a la atención psiquiátrica de 8 (17%) pacientes con depresión (mayor en 5 y menor en 3) no diagnosticada previamente, iniciándose tratamiento antidepresivo en todos ellos. Al mes de iniciarse el tratamiento, las medias de las puntuaciones HADS para el componente de depresión empeoraron en el grupo de pacientes sin intervención psiquiátrica (de 1,38 a 2,92 puntos), lo que motivó el inicio de tratamiento con citalopram en 3 casos, mientras que mejoraron en los pacientes con intervención psiquiátrica desde el inicio del tratamiento (de 7 a 5,2 puntos). No hubo intentos de autolisis. No se requirió interrupción del tratamiento o ajuste de dosis de PEGIFN por causas psiquiátricas.

Conclusiones: Los resultados preliminares del presente trabajo apoyan la conveniencia de realizar un cribado psiquiátrico basal en los pacientes con HCC antes de iniciar tratamiento antivírico. Ello permitiría no solo la detección de depresión previamente no reconocida, sino también su mejor manejo, lo que puede redundar en una mejora del cumplimiento terapéutico.

EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO CON PEGINTERFERÓN ALFA-2 A Y RIBAVIRINA EN LA HEPATITIS CRÓNICA C AUMENTA LA RESPUESTA VIROLÓGICA DURANTE EL TRATAMIENTO

R. Solà^a, C. Márquez^a, D. Giménez^a, J. Crespo^b, F. Pons Romero^b, V. Aznar^c, M. Diago^c, J. García-Samaniego^d, M. Romero^d, M. Ardevol^e, S. Montoliu^f y R. Planas^f

^aAparato Digestivo Hospital del Mar. Barcelona, ^bAparato Digestivo Hospital Valdecillas. Santander, ^cAparato Digestivo Hospital General. Valencia, ^dAparato Digestivo Hospital Carlos III. Madrid, ^eFarmacia Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, ^fAparato Digestivo Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Aunque en los estudios controlados de registro de Peginterferón alfa-2 a (Pegasys[®]) se ha observado que el cumplimiento del tratamiento antivírico aumenta la respuesta virológica persistente en