



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

113 - PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR?

A. García Robles, M.M. Díaz Alcázar, A. Ortiz Sánchez y J. García Márquez

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es uno de las causas más frecuentes de hospitalización en patología digestiva, lo que supone una importante carga asistencial y económica. El objetivo de este estudio es analizar los casos de HDA atendidos en nuestro centro para valorar áreas de mejora de acuerdo a las guías de práctica clínica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con HDA a los que se les realizó endoscopia digestiva alta (EDA) urgente en nuestro hospital durante el año 2021.

Resultados: Se han registrado 180 casos de HDA, el 84,4% (152) procedentes del Servicio de Urgencias, de los que un 22,2% (40) habían sido trasladados desde hospitales comarcales; el 15,5% estaban hospitalizados: un 11,1% (20) en hospitalización convencional y el 4,4% (8) en UCI. El 65% eran hombres. La edad media fue 65 años, el 28,8% mayores de 80 años. Las comorbilidades más comunes fueron enfermedad pulmonar en 38 pacientes (21,1%), neoplasia en 33 (18,3%) y enfermedad renal crónica en 31 (17,2%). 50 pacientes (27,8%) tenían 2 o más comorbilidades y 5 pacientes (2,7%) estaban hospitalizados por COVID. En el análisis de los factores de riesgo de HDA, se observó antecedente de HDA en 41 pacientes (22,8%), tabaquismo en 41 (22,8%), consumo de AINES en 26 (14,4%), de aspirina en 27 (15%), de clopidogrel en 5 (2,7%), de Sintrom/heparina en 45 (25%) y NACOS en 13 (7,2%). Las etiologías de HDA más frecuentes: úlcera péptica en 67 pacientes (37,2%), gastritis/duodenitis/LAMG en 43 (23,9%), hipertensión portal en 19 -10,5%- (16 varices esofagogástricas y 3 gastropatía de la hipertensión portal) y neoplasia maligna en 9 (5%). En cuanto al "timing" de la EDA: se realizó en las primeras 6 horas en 45 casos (25%), entre 6-12h en 76 (42,2%), en 12-24 h en 54 (30%) y > 24h en 5 (2,7%). De los 16 casos de HDA varicosa, en el 50% se realizó EDA entre 6-12 h y en el 25% en < 6h. Hubo 16 casos de resangrado (8,88%): de estos, en 9 (56,25%) se había realizado la EDA en las primeras 6 horas, en 5 (31,25%) entre 6-12 h y solo en 2 (12,5%) entre 12-24 h. La mortalidad en 30 días de nuestra serie ha sido del 11,66% (21 casos): El 47,62% de las muertes (10) se produjo en pacientes con 2 o más comorbilidades. Destacar 3 fallecimientos entre los 5 pacientes con COVID de la serie.

Conclusiones: 1. La úlcera péptica sigue siendo la causa más frecuente de HDA. 2. En nuestra serie, en el 25% de los pacientes la EDA se realizó en \leq 6 horas (emergente) y en el 42,2% entre 6 y 12h. De los casos de resangrado, en un 56,25% se había realizado EDA en \leq 6 h y en el 31,25% entre las 6 y 12 horas. Además, casi la mitad de las muertes de nuestra serie (47,62%) ocurrieron en

pacientes con 2 o más comorbilidades. Estos resultados van acordes con las recomendaciones de las guías actuales donde no recomiendan endoscopia emergente ($\leq 6h$) ni urgente ($< 12h$) en HDA no varicosa, debiendo priorizarse optimización en resucitación hemodinámica y en manejo de comorbilidades.