



# Gastroenterología y Hepatología



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

## P-127 - FACTORES PREDICTORES DE RESANGRADO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ÚLCERA PÉPTICA

C. Sendra, V. Carballo Rubio y C. Trigo Salado

UGC de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los factores predictores de resangrado, cirugía y mortalidad en pacientes con hemorragia por úlcera péptica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo con 104 pacientes con úlcera péptica sangrante (Forrest Ia-IIb). Analizamos datos epidemiológicos, comorbilidades, fármacos, forma de presentación de la hemorragia, requerimientos transfusionales, características de la úlcera y del procedimiento endoscópico.

**Resultados:** Características de la cohorte descritas en la figura. La tensión arterial sistólica (TAS) ( $96,95 \pm 20,56$  vs  $111,44 \pm 23,14$  mmHg;  $p = 0,01$ ), y la Hb en urgencias ( $79,4 \pm 28,4$  vs  $95,9 \pm 21,8$  g/L;  $p = 0,015$ ), la transfusión antes de la endoscopia ( $32,7\%$  vs  $11,5\%$ ;  $p = 0,017$ ), inestabilidad hemodinámica ( $41,2\%$  vs  $12,9\%$ ;  $p = 0,002$ ), sangre en el estómago ( $28,3\%$  vs  $11,6\%$ ;  $p = 0,05$ ), y el tamaño del vaso ( $3,6 \pm 1,25$  vs  $2,6 \pm 1,15$  mm;  $p = 0,039$ ) se relacionaron con el riesgo de resangrado, pero no el resto de las variables analizadas. La TAS ( $89,8 \pm 11,05$  vs  $109,6 \pm 23,39$  mmHg;  $p = 0,043$ ) y la Hb en urgencias ( $59,8 \pm 31,31$  vs  $94,3 \pm 22,52$  g/L;  $p = 0,001$ ) se relacionaron también con mayor riesgo de resangrado tras un segundo gesto endoscópico. La TAS en urgencias ( $82,3 \pm 19,7$  vs  $110,1 \pm 22,6$  g/L;  $p = 0,004$ ) la inestabilidad hemodinámica ( $14,7\%$  vs  $1,4\%$ ;  $p = 0,014$ ), el síncope ( $22,2\%$  vs  $2,3\%$ ;  $p = 0,008$ ), y el tamaño de la úlcera ( $25,0 \pm 10,0$  vs  $12,4 \pm 5,5$  mm;  $p = 0,00$ ) se relacionan con mayor necesidad de cirugía. Solo el número de concentrados de hematíes transfundidos se relacionó con la mortalidad ( $10,3 \pm 8,0$  vs  $3,2 \pm 3,9$ ;  $p = 0,048$ ).

Características cohorte pre-endoscópicas	Frecuencia	Características cohorte endoscópicas	Frecuencia
Edad (años)	65,15±15,64	Forrest:	
Sexo masculino	75%	- Ia	7,7%
Cardiopatía isquémica	8,7%	- Ib	26,9%
Fibrilación auricular	12,5%	- Iia	40,4%
Accidente cerebrovascular	6,7%	- Iib	25%
Cirrosis	2,9%	Localización:	
Antecedentes úlcera péptica	26%	- Cara anterior bulbo duodenal	41,3%
Fumadores	30,8%	- Cara posterior bulbo duodenal	13,5%
Alcohol	21,2%	- Cara posterior bulbo duodenal	10,6%
Sin consumo previo de IBP	78,8%	- Ápice bulbar	4,8%
Fármacos:		- Segunda porción duodenal	29,8%
- AINES distintos de AAS	31%	- Gástricas	
- AAS	26%	Sangre en el estómago	58,3%
- Clopidogrel	6,7%	Tratamiento endoscópico:	
- Prasugrel	1,9%	- Adrenalina	15,4%
- ISRS	5,8%	- Adrenalina + polidocanol	62,5%
- Sintrom	8,7%	- Adrenalina + hemoclip	2,9%
- Rivaroxaban	1%	- Adrenalina+polidocanol +hemoclip	12,5%
- HBPM	1,9%	- Ninguno	6,7%
		- Tamaño medio úlcera (mm)	13,07±6,46
		- Tamaño medio del vaso (mm)	3,05±1,29
		<b>End-points</b>	<b>Frecuencia</b>
Inestabilidad hemodinámica	32,7%	Resangrado	22,1%
Síncope	17%	Resangrado tras dos gestos endoscópicos	5,8%
Complicaciones cardiovasculares	2,9%	Embolización	1,9%
Requerimientos transfusionales antes de la endoscopia	50%	Cirugía	5,8%
		Mortalidad	6,7%

**Conclusiones:** La Hb y la TAS de los pacientes en urgencias, la transfusión antes de la endoscopia, la inestabilidad hemodinámica, la presencia de sangre en el estómago y, por primera vez descrito, el tamaño del vaso, predicen el riesgo de resangrado. La TAS en urgencias, inestabilidad hemodinámica, síncope y el tamaño de la úlcera predicen el riesgo de cirugía. Solo el número de concentrados de hematíes transfundidos se relacionó directamente con la mortalidad.