



Gastroenterología y Hepatología



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

125 - ENCUESTA INTERNACIONAL *ON-LINE* SOBRE EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA GRAVE. ¿LO TENEMOS CLARO?

M. Ayude Galego¹, N. García Morales^{1,2}, M.M. Rodríguez González¹, D. Nogueira Senties¹, A. Iglesias Doallo¹, N. Fernández Fernández^{1,2}, S. Alonso Lorenzo¹, A. Gómez Rodríguez¹, N.C. Quintáns Pinazas¹, B. Romero Mosquera¹, A. Germade Martínez¹, A.J. Rodríguez de Jesús¹, S. Vázquez Rodríguez¹ y J.I. Rodríguez Prada¹

¹Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²Grupo de Investigación Digestivo, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur) SERGAS-UVIGO, Vigo.

Resumen

Póster con relevancia para la práctica clínica

Introducción: La estrategia diagnóstica y terapéutica en la hemorragia digestiva baja (HDB) grave varía según la situación clínica del paciente. Las guías de práctica clínica actuales proponen diferentes estrategias.

Objetivos: Conocer la actitud de los gastroenterólogos de distintos centros hospitalarios en el manejo de esta patología.

Métodos: Estudio observacional descriptivo mediante una encuesta *on-line*, dirigida a especialistas y residentes de Aparato Digestivo de España y Latinoamérica, en diciembre de 2021.

Resultados: Se incluyeron 281 encuestas anónimas de facultativos, 223 adjuntos (79,5%) y 58 residentes (20,5%), de centros hospitalarios de España (171, 60,9%) y de 15 países de Latinoamérica (110, 39,1%). Disponían en su centro de endoscopista 24 horas 231 de los participantes (82,3%). Ante HDB grave, 125 encuestados (44,8%) solicitaban habitualmente angiografía por tomografía computarizada (angioTC) como primera exploración, 93 (33,3%) gastroscopia, 58 (20,8%) colonoscopia y 3 (1,1%) arteriografía. Si la angioTC localizaba sangrado activo en colon, 124 facultativos (44,1%) solicitaban colonoscopia independientemente del punto de sangrado, 36 (12,8%) rectosigmoidoscopia si el sangrado se localizaba en colon izquierdo y 107 (38,1%) arteriografía. Si la angioTC era negativa, 69 de ellos (24,8%) solicitaban gastroscopia para descartar tránsito rápido siempre, 184 (66,2%) a veces, 17 (19,8%) casi nunca y 8 (2,9%) nunca. Si el paciente ingresaba en Unidad de Cuidados Intensivos y precisaba colonoscopia, 87 encuestados (31,1%) la realizaban urgente (< 24 horas) siempre, 169 (60,4%) a veces, 18 (6,4%) casi nunca y 6 (2,1%) nunca; mientras que, si no requerían ingreso en intensivos, 28 de ellos (10%) la realizaban urgente siempre, 186 (67,7%) a veces, 57 (20,4%) casi nunca y 8 (2,9%) nunca. Para la preparación intestinal emergente y urgente, 147 participantes (52,7%) empleaban polietilenglicol, 37 (13,3%) picosufalto de sodio, 4 (1,4%) enemas y 74 de ellos (26,6%) según el caso. La mayoría (234, 83,3%) realizaba preparación previa a colonoscopia emergente (realizada en las primeras 8-12 horas). Reconocían tener dudas en el manejo de estos pacientes 115 encuestados (40,9%). Consideraban necesaria la creación de un

protocolo de actuación 276 de los participantes (98,6%) y 170 de ellos (60,9%) contestaban que no disponían del mismo en su centro.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad interhospitalaria en el manejo de la hemorragia digestiva baja grave entre los gastroenterólogos y la mayoría presentan dudas a la hora de su manejo. Es necesaria la creación y difusión de un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de esta patología.