



Gastroenterología y Hepatología



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

33 - ENDOSCOPIA URGENTE EN HEMORRAGIA DIGESTIVA (HD) ALTA, MEDIA Y BAJA: EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHNA)

D. Martínez-Acitores de la Mata^{1,2}, N. Hervás^{1,2}, S. Bravo^{1,2}, L. Zabalza^{1,2}, S. Oquiena^{1,2}, A. Guerra^{1,2}, M. Enguita³, J. Librero³, M.R. Aznárez^{1,2} y E. Albéniz^{1,2}

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ²Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ³Departamento de Metodología, Navarrabiomed, Pamplona.

Resumen

Introducción: La HD precisa en una gran proporción de pacientes la realización de endoscopia e ingreso Hospitalario.

Métodos: Desde octubre 2019 a septiembre 2020 incluimos de manera prospectiva pacientes con HD valorados en urgencias del CHNa. Se clasificaron en HD alta, media, baja y no investigada (diagnóstico basado en exploraciones previas).

Resultados: 358 pacientes. Mediana edad 75. 64% varones. Mediana de días de ingreso 4. La hemorragia fue alta 51,7%, baja 37,4%, 5% media y 5,9% no investigada. En HD alta: deposiciones melénicas 69,7%, hematemesis 16,2%, vómitos en posos de café 8,7% y rectorragia 5,9%. En el 100% se realizó gastroscopia (74% urgentes). El 47% recibieron tratamiento endoscópico. En el 9,2% se realizó angioTC (sangrado activo en el 29%). El 6,5% precisó segunda terapéutica, el 2,7% requirió cirugía, el 1,6% radioterapia hemostática, y el 0,5% tratamiento angiográfico. El diagnóstico etiológico principal fue úlcera gastroduodenal (34,5%). En HD media: El 83,3% presentaron deposiciones melénicas 83,3% y el 16,7% rectorragia. Exploraciones realizadas: gastroscopia en 89%, colonoscopia en 87% y cápsula en el 72% (el 70% en 5 primeros días). La cápsula detectó sangrado activo en el 28% de casos y sangre fresca o digerida en 50%. Enteroscopia al 45 y tratamiento endoscópico en el 37,5%. El 16,6% precisó cirugía y 5,5% tratamiento angiográfico. El diagnóstico etiológico principal fue angiodisplasia (61%). En HD baja: presentaron rectorragia el 97,8% y deposiciones melénicas 2,2%. Exploraciones realizadas: En el 17% se realizó gastroscopia, 12% angio-TC (sangrado activo en el 20%), en 24% ecografía abdominal. Colonoscopia en 78% de los casos (12% urgente): en el 9,7% se detectó sangrado activo y en el 31% se visualizó sangre fresca o digerida. Se realizó tratamiento endoscópico en 22% (inyección, coagulación APC y clips). No hubo complicaciones posendoscopia. Además el 3% requirió cirugía, 3% radioterapia y 0,7% tratamiento radiológico. El diagnóstico principal fue hemorragia diverticular (43%) y colitis isquémica 16%. Un 6,7% fueron HD pospolipectomía y 3% fueron HD post RME/DSE colónicas.

Conclusiones: Se realizó endoscopia urgente en el 74% de los ingresados por hemorragia digestiva alta y en el 12% de los ingresados por hemorragia digestiva baja. En la hemorragia digestiva de origen medio la cápsula se realizó en los primeros 5 días en el 70%. Durante la endoscopia se realizó terapéutica: en el 47% de la HD alta, en el 22% de la HD baja y en el 37,5% de los que se hizo enteroscopia por HD media. Las causas más frecuentes de hemorragia han sido: la úlcera en HD alta, la angiodisplasia en HD media y los

divertículos de colon en HD baja.