



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 comarcas; 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 ? 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 ? 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 (? 6h) ni urgente (12h) en HDA no varicosa, debiendo priorizarse optimización en

resuscitación hemodinámica y en manejo de comorbilidades.