



Gastroenterología y Hepatología



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

137 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA Y SU EVOLUCIÓN EN UN HOSPITAL TERCARIO

M. Roldán Fernández, A.F. Marcos Martín, M. García Prada, A. González González-Cotorruelo, P. Rodríguez López, A.H. Verde Porcel, A.B. Prieto Bermejo y A. Rodríguez Pérez

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

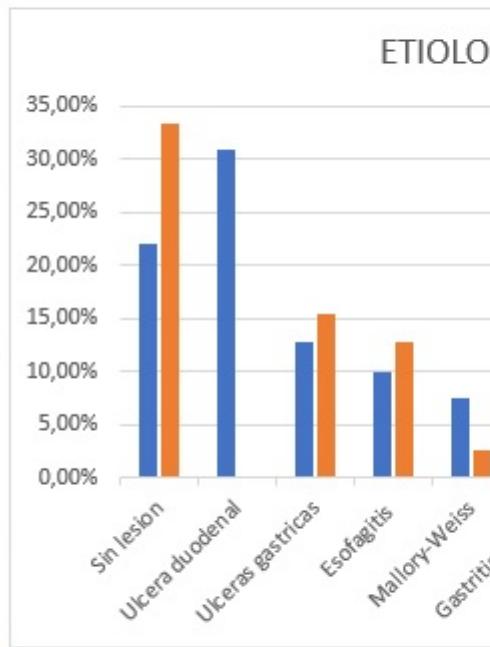
Resumen

Introducción: El perfil del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa (HDANV) está cambiando, los nuevos aspectos se centran en el riesgo de los nuevos anticoagulantes de acción directa y en el cambio etiológico por uso de los inhibidores de la bomba de protones.

Métodos: Estudio retrospectivo y comparativo sobre la incidencia, manejo y epidemiología de HDANV en pacientes ingresados en Aparato Digestivo en los meses de octubre-septiembre de los años 2009-2010 y 2017-2018 en un hospital de tercer nivel. Se realizó un análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: Un total de 220 pacientes fueron incluidos, 43 pacientes y 177 respectivamente. El aumento de pacientes en el segundo grupo se debe a un mayor peso del Servicio de Digestivo en el hospital, y no por una mayor incidencia de HDANV. La comparación entre ambos grupos se presenta en la imagen. La proporción entre sexos continúa estable, siendo los varones los más afectados. La edad media de aparición es de 80-82 años, aunque hay mayor incidencia a partir de los 85. Desde 2009 hay menor consumo de AINE, antiagregantes, ISRS y de anticoagulantes; mayor consumo de anticoagulantes de acción directa, mayor número de fumadores activos y de pacientes con enfermedad renal crónica. El ulcus gástrico es la causa más frecuente, le sigue la esofagitis grado D; el ulcus duodenal ha incrementado su incidencia, también el estadio Forrest Ib, aumentando así la terapéutica endoscópica. Respecto a la infección por *H. pylori* y su relación con la patología ulcerosa, su prevalencia no se ha visto modificada. La forma de presentación ha permanecido casi estable en el tiempo, se han incrementado las hematemesis, pero persisten las melenas como la manifestación más frecuente. En 2009, aunque el 50% de los pacientes fueron transfundidos frente al 45,1% del 2017, la ferroterapia fue mayor en este último grupo. La tasa de resangrado fue mayor en el primer grupo (14% vs 6,7%), siendo la mediana del tiempo hasta el mismo menor en el segundo grupo (30 días frente a 78).

Tabla 1.	2009	2017	P valor
Datos generales. Total	43	177	
Sexo			0,77
Hombres	53,5% (23)	55,9% (99)	
Edad	80 años (19-98)	82 años (24-98)	
Estancia días	6 días (1-20)	5 días (1-30)	
Factores de riesgo			
Tabaquismo activo	9,3% (4)	14,6% (26)	0,2
Filtrado <60	20,9% (9)	36,5% (65)	0,02
AINE	14% (6)	12,4% (22)	0,78
ANTIAGREGACIÓN	41,8% (18)	33,3%	0,29
ISRS	20,9% (9)	17,4% (31)	0,66
H. pylori	50% (4)	54,3% (13)	0,82
Anticoagulación			
Total	44,2% (19)	29,2% (52)	
- Sintrom	- 44,2% (19)	- 14% (25)	
- HBPM dosis anticoagulantes		- 2,8% (5)	
- ACAD		- 12,4% (22)	
Clínica			0,64
- Melenas	53,5% (23)	50% (89)	
- Hematemesis	7% (3)	14,6% (26)	
- Posos de café	20,9% (9)	15,7% (28)	
- Rectorragia	11,6% (5)	2,8% (5)	
- Mareo-síncope		11,8% (21)	
Tratamiento			
- Transfusión	48,8% (21)	43,8% (78)	
- Ferroterapia	32,6% (14)	44,7% (80)	
- Endoscópico	7,5% (3)	24,4% (42)	0,018
Complicaciones			
- Resangrado	14% (6)	6,7% (12)	0,12
- Tiempo hasta resangrado	78,5 días (12-180)	30 días	0,057
- Mortalidad	4,7% (2)	2,8% (5)	0,62



Conclusiones: Aunque son necesarios estudios con mayor número de pacientes, no encontramos diferencias significativas en la etiología, la clínica y la mortalidad de la HDANV pese al incremento del tratamiento endoscópico en la actualidad. Respecto a los factores de riesgo, hay un aumento significativo de pacientes con enfermedad renal crónica y uso de anticoagulantes de acción directa.