



<https://www.revclinesp.es>

V-201. - CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA CON CRITERIOS DE GRAVEDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL SIN ENDOSCOPISTA DE GUARDIA

M. Guzmán García, S. Romero Salado, G. Ruiz Villena, R. Tinoco Gardón, L. Fernández Ávila, E. Sánchez Relinque, R. Aranda Blázquez, F. Gómez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Objetivos: La valoración del paciente con hemorragia digestiva (HD) aguda requiere de una evaluación clínica precoz, debido a su potencial mortalidad. El objetivo de este estudio es valorar el perfil clínico de este tipo de paciente, criterios de gravedad, sangrado activo y pronóstico en éste área asistencial.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de los datos obtenidos de aquellos pacientes que precisaron de ingreso hospitalario en SUH entre las fechas de enero de 2013 a diciembre de 2013 siendo catalogados como Nivel I según el Plan de Atención en Urgencias perteneciente al Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz) y que presentaron diagnóstico de derivación al ingreso “Hemorragia digestiva” y se valorase como criterio de atención inmediata en el triaje inicial. Este Centro Hospitalario no presenta endoscopista de guardia, presentando derivación en caso de valoración urgente el Hospital Universitario de Puerta del Mar (Cádiz) como referencia. Se seleccionaron todos aquellos pacientes que tuvieran cumplimentada la historia clínica de entrada en el programa informático DAE. Se realizó una base de datos y se procedió al análisis estadístico de estos.

Resultados: Se seleccionaron a los pacientes a partir de los criterios de selección que precisaron una valoración inmediata obteniéndose un total de 49 pacientes, correspondiendo al 2,08% de los pacientes valorados como nivel I en SUH y el 15,06% de los ingresos por hemorragia digestiva. Distribución sexos: varón 71,42% y mujeres 28,58%. Edad promedio $65,78 \pm 18,3$ años. El 61,22% estaba compuesto por hemorragia digestiva alta y el 38,88% por hemorragia digestiva baja. Se procedió a la realización de endoscopia oral en el 53,06% del total de pacientes (siendo el 83,33% de los pacientes con HD alta, siendo el 13,33% de estos de causa varicosa y un 60% atribuible a úlcera péptica). Presentaron requerimientos transfusionales durante su estancia en SUH (no valorados los pacientes con transfusiones realizadas en Zona de Hospitalización) en el 79,59%. El 81,63% de los pacientes recibió tratamiento previo con IBP intravenosos a la endoscopia en la HD alta, relegando a la somatostatina y al octreotida a 16,66% y 6,66% respectivamente. Mortalidad en el S. Urgencias: 2,04% (1 caso). Traslado a Centro de Referencia: 40,81%.

Discusión: En la distribución de los pacientes cabe reseñar la alta incidencia mostrada en pacientes varones. Destaca la presencia de un alta tasa de pacientes que no presentaba ningún antecedente valorable de hipertensión portal (HTP), presentándose una alta tasa de pacientes con presencia de ulceras pépticas en relación probable a consumo de AINEs u otros gastrolesivos. Independientemente de estos datos, el requerimiento transfusional que precisaron los pacientes con HTP fue más alta que los pacientes con otro tipo

de alteraciones. Destaca la presencia de una menor incidencia de complicaciones y estancia media en el SUH de los pacientes con hemorragia digestiva baja.

Conclusiones: La atención de los pacientes con HD aguda con criterios de gravedad presenta cada vez más un perfil de edad menor y con escasa comorbilidad previa; aunque el paciente con hepatopatía presenta un peor pronóstico y mayor complejidad en su tratamiento en la primera valoración. Debido a la morbilidad de este proceso, es importante la realización de medidas diagnósticas y terapéuticas de forma precoz. Debido a que una proporción significativa de la población no dispone de endoscopista en su centro de referencia inmediato, este aspecto influye en el pronóstico y evolución del paciente. La no disponibilidad de personal endoscopista implica una carga asistencial importante para los profesionales involucrados en la atención del SUH, siendo indispensable la coordinación con otros especialistas como el internista, digestólogo e intensivista; entre otros, durante la estancia del enfermo en SUH, su traslado y su ingreso hospitalario.