



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-027 - ¿REALIZAMOS UN ADECUADO MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA?

M. Povar Echeverría, C. Martín Durán, J. Moreno Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

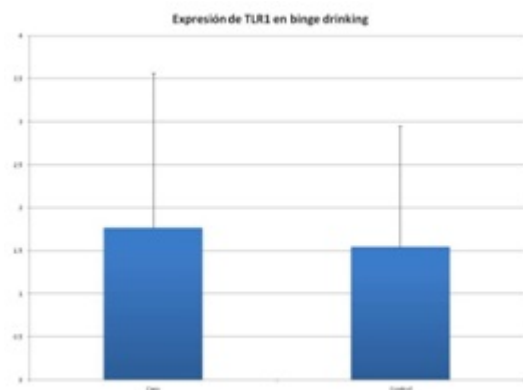
Resumen

Objetivos: Describir el manejo de la hemorragia digestiva alta (HDA), la relación entre situación hemodinámica a la llegada al hospital y demora en la realización de la gastroscopia, y los factores asociados a mayor mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de las HDA atendidas en un hospital terciario en el año 2014. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de hematemesis, melenas o HDA en el informe de urgencias. Se consideraron graves las HDA con tensión arterial sistólica 100 mmHg y/o frecuencia cardiaca > 100 por minuto. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, nivel de Triage, concentración de hemoglobina (Hb), caída de Hb > 1 mg/dL en las primeras 24 horas, tiempo hasta realización de endoscopia (6, 6-24, > 24 horas), necesidad de transfusión sanguínea, toma de fármacos gastrolesivos, diagnóstico final, destino y mortalidad.

Resultados: Se revisaron un total de 407 episodios de HDA. La media de edad era 70 años, 60,4% eran de sexo masculino. El 75,4% eran HDA no varicosa y 10,1% HDA varicosa. En el 14,5% el diagnóstico final no fue de HDA. El 82% precisó ingreso hospitalario, un 18% fueron dados de alta desde urgencias. La distribución en Triage fue: I (6%), II (65%), III (29%); en ningún caso se asignó a nivel IV ni V. Se realizó gastroscopia en el 79,6% de los pacientes (29,5% 6 horas; 41% 6-24 horas; 9,1% > 24 horas). Se clasificó en dos grupos según el estado hemodinámico: HDA leve 66% (272 pacientes) y HDA grave 34% (135). En las HDA graves se observó mayor asignación a prioridad I ($p = 0,012$) y II ($p = 0,014$) en Triage; valores de Hb menores ($p 0,001$); mayor caída de Hb ($p 0,001$) y mayor necesidad de transfusión ($p 0,001$). En las HDA graves se realizó gastroscopia en 6 horas con mayor frecuencia que en las HDA leves ($p 0,001$). Encontramos un 7,1% de mortalidad (29 pacientes fallecieron). En el grupo exitus había mayor tasa de HDA graves con diferencias significativas ($p 0,001$). Presentaron mayor necesidad de transfusión ($p = 0,046$) ya que la media de Hb era menor, siendo de $8,12 \pm 1,14$ frente a $10,18 \pm 2,77$ de los no fallecidos ($p 0,001$). Fallecieron más pacientes con HDA varicosa (24,1%) frente a HDA por otras causas (9,3%), con diferencias significativas ($p = 0,008$). No se asoció mayor mortalidad con la necesidad de gastroscopia en las primeras 6 horas ($p > 0,05$) ni hubo diferencias significativas en cuanto a prioridad en Triage, sexo o edad de los pacientes. No se asoció con la mayor toma de antiagregantes, anticoagulantes o gastrolesivos ($p > 0,05$).

Discusión: La HDA es una patología con una gran prevalencia y que requiere un adecuado manejo, en las guías clínicas se recomienda realizar gastroscopia de manera precoz en menos de 24 horas. Es importante identificar la etiología de la HDA así como los posibles factores que puedan condicionar una mayor mortalidad.



Conclusiones: Nuestro centro cumple las recomendaciones de realizar gastroscopia urgente dentro de las primeras 24 horas de ingreso en la mayoría de los pacientes atendidos. Además, en las HDA con criterios de inestabilidad hemodinámica se realizó gastroscopia en menos de 6 horas con mayor frecuencia que las HDA leves. Los factores que pueden influir en una mayor mortalidad son la inestabilidad hemodinámica, la concentración más baja de Hb y la etiología varicosa de la HDA.