REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2019 · VOLUMEN 111
Suplemento 2· Págs.: 1-78

Factor de Impacto (2018):
JCR: 1,858 (Q4) / SJR: 0,52 (Q2)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)

Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

41 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Alicante, 14-16 de noviembre de 2019

ARÁN Ediciones, S.L.

code: READBN
ISSN: 1130-0108

P-017. ¿CUÁL ES EL MOMENTO IDEAL PARA LA ENDOSCOPIA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA?

Javier Lucas Ramos, María Consuelo Froilán Torres, Nerea Gonzalo Bada, Cristina Suárez Ferrer, Joaquín Poza Cordon, Irene Andaluz García, Jorge Yebra Carmona, Pedro Mora Sanz

Introducción: El papel de la endoscopia muy temprana (≤ 6 horas) en la hemorragia digestiva alta de origen no varicoso es aún controvertido. El objetivo fue comparar los resultados de la endoscopia urgente con la endoscopia electiva (6-24 horas) en pacientes con hemorragia digestiva alta.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo, donde se incluyen todos los pacientes que acuden a urgencias hospitalaria con sospecha de hemorragia digestiva alta y se confirma el diagnóstico endoscópicamente. Se establecieron dos grupos de pacientes, aquellos que se sometieron a endoscopia urgente y endoscopia electiva. El resultado primario del estudio fue evaluar la mortalidad y el resangrado.

Resultados: Se seleccionaron un total de 423 pacientes. Los pacientes que recibieron una endoscopia muy urgente requirieron terapia endoscópica con mayor frecuencia ($p = 0,04$), pero no hubo diferencias estadísticamente significativas en resangrado ni mortalidad. En el análisis univariante, el resultado primario se asoció significativamente con pacientes de alto riesgo ($GBS > 12$), Forrest I, e intervención terapéutica (Tablas 1-3).

Conclusiones: La endoscopia urgente no demostró mejores resultados clínicos que la endoscopia electiva. El beneficio real de la endoscopia muy temprana sigue siendo controvertido y se requieren más estudios.

Tabla 1. Características basales

	Total	Menor de 6 h	6-48 h	p-valor
Tiempo de endoscopia	432	254 (60,4%)	178 (39,4%)	
Edad	68,8 $\pm$ 19,1	66,6 $\pm$ 19,4	72,1 $\pm$ 18,2	0,03

Género (H/M)	292/140	168/86	124/54	0,44
TA	117,5 ± 22,6	115 ± 22	120 ± 23	0,10
FC	88,3 ± 19,6	90 ± 19	85 ± 19	0,2
Hemoglobina	10,3 ± 2,9	10,5 ± 2,9	10 ± 2,9	0,10

Tabla 2. Resultados

	Total	Menor de 6 h	6-48 h	p-valor
Mortalidad 28-días	37 (8,6%)	19 (7,5%)	18 (10,6%)	0,337
Resangrado	50 (11,5%)	34 (13,4%)	16 (9,1%)	0,12
Necesidad intervención	188 (43,5%)	121 (47,6%)	67 (37%)	0,04
Embolización	6 (1,4%)	4 (1,6%)	2 (1,1)	0,65
Cirugía	8 (1,9%)	5 (2%)	3 (1,7%)	0,83
Transfusión	3,4 ± 4,5	3,3 ± 4,9	3,4 ± 4	0,78

Tabla 3. Analisis univariante mortalidad y resangrado

	OR (95% IC)	p-valor
Forrest I	4,1 (2,1-8,1)	> 0,01
Endoscopia Urgente	0,9 (0,6-1,5)	0,86
Hipotensión	0,75 (0,4-1,4)	0,37
GBS > 12	3,3 (2-5,6)	> 0,01
Necesidad de intervención	3,7 (2,2-6,04)	> 0,01