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-019. ENDOSCOPISTA LOCALIZADO VS. DE PRESENCIA, ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA? ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN CENTRO TERCIARIO

Rita Jiménez-Rosales, Francisco Vadillo-Calles, Eva Julissa Ortega-Suazo, Juan Gabriel Martínez-Cara, Eduardo Redondo-Cerezo

Introducción: Experiencia del endoscopista, ingreso fuera de horario matutino (FHM), volumen hospitalario, e intervalo de realización de EDA influyen en el pronóstico de hemorragia digestiva alta (HDA). Un metaanálisis reciente muestra que pacientes ingresados FHM tuvieron mayor mortalidad, siendo menos probable que la endoscopia se realizase en las primeras 24 h.

Objetivo: Comparar si existen diferencias en el pronóstico de HDA en dos períodos en nuestro hospital, el primero con endoscopista localizado (EL), el segundo con endoscopista de presencia (EP).

Material y método: Estudio prospectivo que recoge pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" de 2013-2018 (EL hasta julio 2016, EP posterior, siempre residente presencial). Todos recibieron EDA en las primeras 24 h. Se tabularon datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y curso clínico agudo y diferido.

Resultados: 638 pacientes HDA, 505 EL y 133 EP. No se encontraron diferencias entre ambos períodos en términos de complicaciones intrahospitalarias (15.8% vs. 16.5%, $p = 0.845$), transfusiones (2.84 vs. 2.28; $p = 0.441$), días hospitalización (8.98 vs. 8.61; $p = 0.463$), resangrado (16.9% vs. 18.9%; $p = 0.575$), necesidad cirugía/radiología intervencionista (4.4% vs. 3%; $p = 0.484$), mortalidad aguda (9.7% vs. 9.5%, $p = 0.960$), mortalidad diferida (11.6 vs. 7.3%; $p = 0.177$), eventos hemorrágicos diferidos (18.5% vs. 17.4%, $p = 0.855$), eventos cardiovasculares diferidos (9.1% vs. 8.7%; $p = 0.922$). Con EP hubo mayor tasa de estigmas hemorrágicos de alto riesgo (64.2% vs. 48.8%, $p = 0.005$) y necesidad de tratamiento endoscópico (50.4% vs. 41.2%, $p = 0.045$).

Conclusiones: En nuestro estudio no encontramos diferencias en el pronóstico de pacientes con HDA atendiendo al manejo con EL o EP, compensado posiblemente porque con EL la EDA se realizó siempre en las primeras 24 h. Resultados similares han sido publicados previamente mostrando que en hospitales con disponibilidad de EDA

FHM el pronóstico del paciente no se ve influenciado si es atendido FHM. Durante el período con EP encontramos una mayor tasa de estigmas hemorrágicos de alto riesgo y necesidad de tratamiento endoscópico. Este hallazgo podría ser explicado por el mayor lapso temporal entre ingreso y endoscopia con EL que permite curación fisiológica, siendo el Forrest mayor y la necesidad de tratamiento menor. En conclusión, la disponibilidad de EDA FHM que garantice su realización en las primeras 24 h es un estándar de calidad en el tratamiento de pacientes con HDA, sin diferencias relevantes entre endoscopista de presencia o localizado.