REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

P-015. PRONÓSTICO DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Jiménez-Rosales, Rita; Vadillo-Calles, Francisco; Ortega-Suazo, Eva Julissa; Martínez-Cara, Juan Gabriel; López-Tobaruela, Jose María; Abellán-Alfocea, Patricia; Fernández-Cano, María del Carmen; Fernández-Fernández, Eleazar; Redondo-Cerezo, Eduardo

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada

Introducción: En comparación con décadas anteriores, los pacientes que se presentan con hemorragia digestiva alta (HDA) tienen mayor edad y comorbilidad.

Objetivo: Comparar curso clínico de pacientes con HDA de edad avanzada (≥ 65 años) vs. No avanzada (< 65 años) y determinar sus factores de riesgo.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo que recoge a pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se tabularon datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y curso clínico: mortalidad aguda y eventos diferidos en 6 meses (mortalidad, cardiovasculares, hemorrágicos). El análisis estadístico fue mediante SPSS: análisis univariante con test χ^2 o T Student y análisis multivariante para determinar factores de riesgo de mortalidad aguda y diferida

Resultados: 519 pacientes, 279 ≥ 65 años y 240 < 65 años. Los pacientes ≥ 65 años presentaron mayor comorbilidad (82.1% vs. 37,1%, $p < 0,001$), consumo de antiagregantes (31,2% vs. 5,4%, $p < 0,001$) y anticoagulantes (26,9% vs. 5%, $p < 0,001$); y menor consumo de AINES (16,1% vs. 30,8%, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias en la necesidad de tratamiento endoscópico, quirúrgico o radiológico; número de concentrados de hematíes trasfundidos y estancia hospitalaria. En el curso clínico, no hubo diferencias en tasa de resangrado y mortalidad aguda. Pero, presentaron mayor tasa mortalidad diferida (15% vs. 7,7%, $p = 0,016$) (16,7% relacionada con HDA), eventos cardiovasculares (14,8% vs. 2,9%, $p < 0,001$) y hemorrágicos (24,5% vs. 12,6%). Los resultados del análisis multivariante para mortalidad aguda y diferida en pacientes ≥ 65 años se muestran en la Tablas 1 y 2.

Tabla 1

	Mortalidad aguda		
	<i>Sig.</i>	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>
<i>Resangrado</i>	< 0,001	6,551	2,731 – 15.719
<i>Antiagregantes</i>	0,046	0,297	0,084 – 0,990
<i>Hematemesis</i>	0,030	2,750	1,105 – 6,846

Tabla 2

	Mortalidad diferida		
	<i>Sig.</i>	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>
<i>Albúmina</i>	0,026	0,426	0,201 – 0.904
<i>Creatinina</i>	0,009	1,927	1,178 – 3,150

Conclusiones: Los pacientes de edad avanzada son más complejos en términos de comorbilidad y tratamiento antitrombótico; pero, no presentan peor curso clínico en el episodio agudo (necesidad de transfusión, estancia hospitalaria, resangrado o mortalidad). La toma de antiagregantes fue factor protector independiente de mortalidad aguda, debiendo valorar cuidadosamente el riesgo/beneficio de suspender

dicha medicación. El curso clínico diferido es más pobre: mayor tasa de mortalidad, eventos cardiovasculares y hemorrágicos. La mayoría de esta mortalidad no guardó relación con la hemorragia, apoyando el hecho de que el episodio de HDA se comporta como factor descompensante con repercusión en el pronóstico. Los niveles bajos de albúmina y elevados de creatinina fueron factores predictores independiente de mortalidad diferida y, hasta disponer de más estudios valorando determinantes del peor pronóstico que ayuden a un mejor manejo, las cifras de albúmina y creatinina pueden ser de gran utilidad.