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-016. PREDICTORES DE MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES PREVIAMENTE HOSPITALIZADOS POR OTRA CAUSA: ESTUDIO PROSPECTIVO

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

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) se asocia a morbilidad y mortalidad significativas. Múltiples predictores de mortalidad intrahospitalaria han sido descritos, siendo uno de ellos el presentarse el episodio en pacientes hospitalizados por otra condición, con tasas de mortalidad hasta del 26%. Sin embargo, las razones del aumento de la mortalidad en este subgrupo no han sido del todo aclaradas y se incluyen tan solo pacientes con HDA no varicosa.

Objetivo: Comparar pacientes con HDA ambulatoria (HDA-A) vs. Hospitalaria (HDA-H); así como identificar predictores de mortalidad hospitalaria.

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. El análisis estadístico fue mediante SPSS: análisis univariante con test χ^2 o T Student y análisis multivariante para determinar predictores de mortalidad.

Resultados: 540 pacientes, 481 HDA-A y 59 HDA-H. Estos últimos presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria (42,1% vs. 7,8%; $p < 0,001$), resangrado (29,3% vs. 15,3%; $p = 0,014$), puntuación AIMS65 (AIMS65 ≥ 2 , 25,6% vs. 13,7%; $p = 0,043$), ASA(ASA 3-4 86,4% vs. 65,5; $p = 0,001$), comorbilidad (86,4% vs. 73,6%; $p = 0,037$), antiagregantes (39% vs. 21,4%; $p = 0,005$), sangrado activo en la endoscopia (55,9% vs. 26,4%; $p < 0,001$), necesidad terapéutica endoscópica (71,2% vs. 35,8%, $p < 0,001$), concentrados de hematíes (5,42 vs. 2,48; $p < 0,001$), estancia hospitalaria (23,69 días vs. 6,91; $p <$

0,001), menor TAS (104,44 mmHg vs. 112,64; $p = 0,010$), mayor cifra de creatinina (1,44 vs. 1,19; $p = 0,034$) y menor de albúmina al ingreso (2,76 vs. 3,22; $p < 0,001$).

Un ASA ≥ 3 (OR: 7,8; IC95%: 2,089-29,143; $p = 0,002$) y la necesidad de terapéutica endoscópica (OR: 2.00; IC95%: 1,063-3,746, $p = 0,032$) fueron factores de riesgo independientes de mortalidad en HDA-H.

Conclusiones: Los pacientes con HDA-H presentan mayor comorbilidad y mortalidad intra-hospitalaria. La clasificación ASA se mostró como factor de riesgo independiente de HDA-H (varicosa y no varicosa). Estos resultados están en concordancia con resultados previos en HDA no varicosa, demostrando nuestro estudio su validez para el global de pacientes con HDA.

Las pautas de tratamiento en HDA-H derivan de estudios en HDA-A, con pocos datos disponibles que se centren en HDA-H y su tratamiento. La HDA-H presenta peor pronóstico y una mejor comprensión de los motivos es esencial para desarrollar un tratamiento específico. Se necesitan más estudios en este sentido.