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-020. DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN FUNCIÓN DEL ORIGEN DEL SANGRADO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) puede tener origen varicoso y no varicoso.

Objetivo: Comparar pacientes con HDA no varicosa y varicosa (varices gástricas y esofágicas) y la utilidad de las escalas pronósticas (AIMS65, Rockall y Glasgow-Blatchford (GBS) para predecir su evolución.

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). Se calcularon los índices AIMS65, Rockall y GBS. El análisis estadístico fue mediante SPSS: análisis univariante con test χ^2 o T Student y área bajo la curva (AUROC) para cada escala pronóstica y evolución.

Resultados: 529 pacientes, 103 HDA varices (19,5%) y 426 (80,5%) no varices. Los pacientes con HDA varicosa presentaron mayor hábito tabáquico (32% vs. 17,1%; $p = 0,001$), hábito alcohólico (39,8% vs. 16,1%; $p < 0,001$), presentación con hematemesis (87,4% vs. 44,2%, $p < 0,001$), necesidad de tratamiento endoscópico (64,1% vs. 34,5%, $p < 0,001$), tasa de resangrado (24,8% vs. 15,2%, $p = 0,023$), estancia hospitalaria (11,75 vs. 8,29 días, $p = 0,015$), mortalidad aguda (17,5% vs. 7,7%, $p = 0,003$), mortalidad diferida (18,8% vs. 10,1%, $p = 0,022$) y eventos hemorrágicos diferidos (26,5% vs. 17,2%, $p = 0,049$). En este grupo de pacientes fue menos frecuente el consumo de AINE (11,7% vs. 25,6%, $p = 0,003$), antiagregantes (15,5% vs. 25,8%, $p = 0,028$) y anticoagulantes (4,9% vs. 19,5%, $p < 0,001$). Además, presentaron menos comorbilidades asociadas (51,5% vs. 64,1%, $p = 0,018$); menor edad (60,90 vs. 65,03, p

= 0,011) y cifras de albúmina al ingreso (2,9 vs. 3,23, $p < 0,001$). Por el contrario, no hubo diferencias en el sexo, eventos cardiovasculares diferidos, cifras de creatinina, hemoglobina o INR al ingreso y necesidad de transfusión.

Los pacientes con HDA varicosa tuvieron mayor puntuación en las distintas escalas pronósticas de modo significativo. Dichas escalas mostraron mejor capacidad predictiva de mortalidad aguda (AUROC: GBS 0,766 vs. 0,659; AIMS65 0,766 vs. 0,690; Rockall 0,799 vs. 0,546) y diferida para los pacientes con HDA no varicosa (AUROC: GBS 0,713 vs. 0,610; AIMS65 0,743 vs. 0,657; Rockall 0,745 vs. 0,475).

Conclusiones: Los pacientes con HDA varicosa y no varicosa son completamente distintos; presentando los primeros peor curso clínico con mayor necesidad de tratamiento endoscópico, estancia hospitalaria, tasa de resangrado, mortalidad aguda y diferida.

Además, presentaron mayor puntuación en las escalas pronósticas calculadas, sin embargo, la capacidad predictora de mortalidad aguda y diferida de todas ellas fue más pobre en estos pacientes (menor área bajo la curva), siendo la que mejor funciona y, por lo tanto, la que deberíamos emplear AIMS65.