Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):36

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-087 - INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL COMARCAL RURAL SIN ENDOsCOPISTA DE GUARDIA. ¿DEBEMOS DE REITERAR SU IMPLANTACIÓN?

M. Guzmán García, S. Domingo Roa, C. Cano Medel, E. Ramiro Ortega, Z. Santos Moyano, M. Moreno Conde, F. Padilla, F. Luque

Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén).

Resumen

*Objetivos:*Se procede a valorar las características de los pacientes con sangrado digestivo alto atendidos en un Hospital de segundo nivel con gran dispersión geográfica, y estimar los posibles factores que condicionen la situación de mortalidad y comorbilidades asociadas por parte de aquellos pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA).

*Material y métodos:*Estudio descriptivo retrospectivo a partir de los datos obtenidos de aquellos pacientes que precisaron de valoración por parte de Servicio de Urgencias (SUH) y/o ingreso hospitalario y que durante su estancia precisaron de realización de gastroscopia durante el periodo de junio de 2015 a junio de 2016, seleccionándose a aquellos que presentaron diagnostico de "hemorragia digestiva alta". Se seleccionaron todos aquellos pacientes que tuvieran cumplimentada la historia clínica de entrada en el programa informático DAE. Se realizó una base de datos y se procedió al análisis estadístico de estos.

*Resultados:*Se seleccionaron a los pacientes a partir de los criterios de selección obteniéndose un total de 82 pacientes con diagnóstico de HDA, correspondiendo al 10,21% de los pacientes valorados por gastroscopia. Se objetiva que el 14,63% de los pacientes valorados con HDA, se realiza durante horarios fuera de endoscopista presencial. Distribución sexos: varón 71,42% y mujeres 28,58%. Edad promedio 64,78 ± 12,34 años. El 17,07% se debió a causa varicosa y 62,3% atribuible a úlcera péptica. Presentaron requerimientos transfusionales durante su estancia inicial en primeras 24 horas en el 59,59% del total de HDA. Mortalidad: 3,07% del total de endoscopias orales, y 9,76% de HDA como causa fundamental del fallecimiento. El 81,63% de los pacientes recibió tratamiento previo con IBP intravenosos a la endoscopia en la HDA, utilizándose somatostina y al octeotride a 16,66% y 6,66% respectivamente. Mortalidad en SUH: 2,04% (1 caso). Traslado a Centro de Referencia: 40,81%.

*Discusión:*En la distribución de los pacientes cabe reseñar la alta incidencia mostrada en pacientes varones. Destaca la presencia de un alta tasa de pacientes con antecedentes de patología varicosa, aunque la mayoría de pacientes van en relación a procesos ulcerosos con Forrest de nivel bajo. Habria que destacar la ulcera péptica en relación probable a consumo de AINEs u otros gastrolesivos. Tras análisis de los datos, destaca que el requerimiento transfusional que precisaron los pacientes con HTP fue más alta que los pacientes con otro tipo de alteraciones.

*Conclusiones:*La atención de los pacientes con HD aguda con criterios de gravedad presenta un perfil dispar: el paciente varicoso con gran deterioro previo asociado a peor pronóstico y mayor complejidad; y el paciente

ulceroso con escasa comorbilidad previa; Debido a la morbilidad de este proceso, es importante la realización de medidas diagnósticas y terapéuticas de forma precoz. Al existir muchos Centros Hospitalarios de la población no dispone de endoscopista en su centro de referencia inmediato, este aspecto influye en el pronóstico y evolución del paciente. La no disponibilidad de personal endoscopista implica una carga asistencial importante para los profesionales involucrados en la atención del SUH, siendo indispensable la coordinación con otros especialistas como el internista, digestólogo e intensivista; entre otros, durante la estancia del enfermo en SUH, su traslado y su ingreso hospitalario.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.