

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PRIMEROS EPISODIOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A VARICES GASTROESOFÁGICAS Y EPISODIOS SUCESIVOS.

M. Rodríguez-Peláez, C. Álvarez-Navascués, ML. González-Diéguez, M. Pipa, M. Ibáñez, A. Mancebo, MA. Palacio, R. Fernández-Velázquez, P. Zaballa, M. Varela, M. Rodríguez. UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

Introducción

La hemorragia por rotura de varices gastroesofágicas en pacientes con cirrosis sigue siendo una complicación con una alta tasa de mortalidad.

Objetivos

Conocer las características de una serie de episodios de hemorragia por varices, recogidos de forma consecutiva y prospectiva y analizar las tasas de fracaso terapéutico y mortalidad, comparando los primeros episodios con los consecutivos.

Métodos

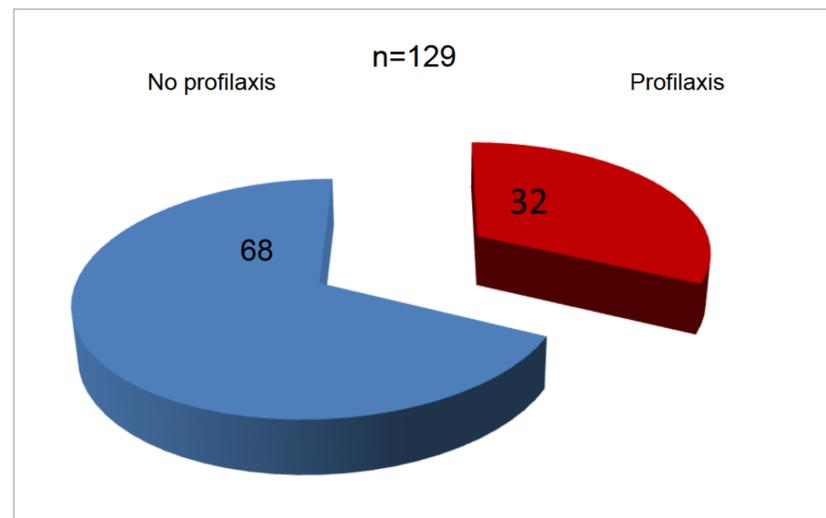
- Se analizaron 232 episodios consecutivos, ocurridos en 179 pacientes y recogidos entre Ene/08 y Dic/13.
- Los pacientes fueron seguidos prospectivamente durante las 6 semanas siguientes al episodio de hemorragia.
- El tratamiento inicial se basó en somatostatina + tratamiento endoscópico. Se colocaron 9 TIPS, 1 en un primer episodio y 8 en consecutivos.
- Se utilizó la curva ROC para determinar el valor con mayor capacidad discriminativa en las variables cuantitativas.
- Las variables con $p < 0,1$ en el análisis univariante fueron incluidas en un modelo de regresión de Cox (modelo de riesgos proporcionales).
- SPSS versión 13.0. Significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados

Tabla 1. Características de los pacientes

	N= 232
Edad (años; media \pm DE)	58,6 \pm 12,9
Sexo M / F, %	79,7 / 20,3
Etiología de la cirrosis, n (%)	
Alcohol	141 (60,8)
VHC	71 (30,6)
Otras	20 (8,6)
Carcinoma hepatocelular, n (%)	18 (7,7)
Trombosis portal, n (%)	20 (8,6)
VIH positivo, n (%)	12 (5,2)
Sangrado por varices esofágicas, n (%)	203 (87,5)
Child A / B / C, %	22,4 / 58,2 / 19,4
Sangrado activo, n (%)	113 (48,7)
Episodio primero / sucesivo, %	55,6 / 44,4

Figura 1. Proporción de pacientes con un primer episodio de hemorragia que estaban recibiendo profilaxis primaria



- 30/129 (23,2%) no estaban diagnosticados de cirrosis hepática
- 25/99 (25%) con cirrosis conocida no tenían realizada gastroscopia

Tabla 2. Comparación de primeros y sucesivos episodios

Variable	Primeros episodios n= 129	Episodios sucesivos n= 103	p
Edad (años; media DE)	59,3 12,9	57,6 13,0	0,31
Sexo masculino, %	73,6	87,3	0,01
Etiología alcohólica, %	55,8	66,9	0,08
Etilismo activo, %	43,4	47,5	0,56
Carcinoma hepatocelular, %	8,5	6,8	0,58
Trombosis portal, %	9,3	7,7	0,61
VIH positivo, %	4,6	5,8	0,68
Sangrado por varices esofágicas, %	87,5	80,5	0,21
Child A / B / C, %	24,0 / 57,3 / 18,6	20,3 / 59,2 / 20,3	0,79
Sangrado activo, %	44,1	54,3	0,12
Concentrados de hemáties (media DE)	3,3 3,8	3,8 3,4	0,38
Fracaso terapéutico 5º día, %	20,1	17,4	0,60
Días de estancia (media DE)	8,0 7,1	9,5 9,6	0,05
Mortalidad a las 6 semanas, %	24	17	0,19

Tabla 3. Factores asociados con la mortalidad a las 6 semanas. Análisis univariante

Variable	Mortalidad n= 47	No mortalidad n= 178	p
Edad (años; media DE)	58,5 12,9	58,5 13,3	0,99
Sexo masculino, %	80,8	80,3	0,93
Etiología alcohólica, %	70,2	58,4	0,14
Etilismo activo, %	38,2	46,6	0,09
Carcinoma hepatocelular, %	19,1	5,0	0,002
Trombosis portal, %	8,5	7,8	0,88
VIH positivo, %	2,1	6,1	0,46
Ausencia de profilaxis, %	55,3	39,8	0,02
Sangrado por varices gástricas, %	19,1	10,1	0,09
Child A / B / C, %	8,5 / 40,4 / 51,1	26,9 / 62,4 / 10,7	<0,001
MELD > 17 puntos, %	62,2	16,9	<0,001
Sangrado activo, %	70,2	43,8	0,001
Shock al ingreso, %	40,4	7,8	<0,001
No hemostasia endoscópica, %	42,5	2,2	<0,001
Fracaso terapéutico 5º día, %	68,0	6,1	<0,001

Tabla 4. Factores asociados con la mortalidad a las 6 semanas. Análisis multivariante

Variable	HR	IC 95%	p
Ausencia de profilaxis	3,13	1,26 - 7,78	0,014
Presencia de carcinoma hepatocelular	4,40	1,32 - 14,89	0,016
MELD > 17 puntos	7,31	3,03 - 17,62	<0,001
Fracaso terapéutico al 5º día	44,7	13,91 - 142,70	<0,001

Conclusiones

No se observaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad a las 6 semanas ni a fracaso del tratamiento al 5º día entre primeros episodios y sucesivos. La ausencia de profilaxis, la presencia de CHC, el grado de disfunción hepática y el fracaso terapéutico al 5º día se asociaron de forma independiente con la mortalidad a las 6 semanas.

CONFLICTO DE INTERÉS: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

