REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es

(Open Access)

NOVIEMBRE 2019 · VOLUMEN 111 Suplemento 2· Págs.: 1-78 Factor de Impacto (2018): JCR: 1,858 (Q4) / SJR: 0,52 (Q2)

Órgano de expresión científica de: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)







41 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Alicante, 14-16 de noviembre de 2019

P-020. VALORANDO LA UTILIDAD DEL NUEVO PUNTO DE CORTE DEL ÍNDICE GLASGOW-BLATCHFORD EN EL MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO

Rita Jiménez-Rosales, Eva Julissa Ortega-Suazo, Francisco Vadillo-Calles, Juan Gabriel Martínez-Cara, Eduardo Redondo-Cerezo

Introducción: El índice de Glasgow-Blatchford (IGB) es una escala pronóstica preendoscópica utilizada en hemorragia digestiva alta (HDA) para diferenciar pacientes de bajo riesgo de complicaciones que puedan ser dados de alta precoz con endoscopia ambulatoria, de especial interés en casos de endoscopista localizado. Los pacientes con un IGB = 0 tienen una probabilidad > 1% de requerir intervención endoscópica siendo el alta segura; pero solo un 10% tendrán un IGB = 0. Un estudio más reciente demostró que cambiando el punto de corte a IGB \leq 1 la sensibilidad identificando pacientes de bajo riesgo era 99,2% reduciendo la necesidad de ingresos a la mitad.

Objetivo: Valorar el pronóstico de pacientes con HDA y GBS \leq 1.

Material y métodos: Estudio 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).

Resultados: 632 pacientes con HDA, 613 IBS > 1 y 19 IBS \leq 1. Los pacientes con GBS \leq 1 difirieron de GBS > 1 en comorbilidades (26.3% vs. 75.4%; p > 0.001), medicación antitrombótica (10.5% vs. 38.2%; p = 0.014), hábito tabáquico (0% vs. 20.8%, p = 0.026), consumo de alcohol (5.26 vs. 18.99; p = 0.001), melenas (31.6% vs. 70.1%; p > 0.001), pérdida de conciencia (0% vs. 12.2%; p = 0.027), pulso (80.26 vs. 90.32 lpm; p = 0.003), urea (31.68 vs. 86.11; p > 0.001), creatinina (0.79 vs. 1.21; p > 0.001), hemoglobina (13.8 vs. 9.4; p > 0.001), INR (1.01 vs. 1.56; p > 0.001), tratamiento endoscópico (10.5% vs. 43.9%; p = 0.004), resangrado (0% vs. 17.8%; p = 0.043), transfusiones (0 vs. 2.78; p > 0.001), días hospitalización (1.37 vs. 8.89; p > 0.001), mortalidad hospitalaria (0% vs. 10.1%; p = 0.047), mortalidad diferida (0% vs. 11.1%; p = 0.036), eventos hemorrágicos diferidos (0% vs. 19.2%; p = 0.035) y eventos cardiovasculares diferidos (0% vs. 9.5%; p = 0.035) y eventos cardiovasculares diferidos (0% vs. 9.5%; p = 0.035) y eventos cardiovasculares diferidos (0% vs. 9.5%; p = 0.035) y eventos cardiovasculares diferidos (0% vs. 9.5%; p = 0.035) y eventos cardiovasculares diferidos (0% vs. 9.5%; p = 0.035)

= 0.045). No hubo diferencias en sexo, edad, hematemesis, tensión arterial, albúmina, plaquetas y necesidad de cirugía/radiología intervencionista (0% vs. 4.1%; p = 0.360).

Conclusiones: Este estudio muestra, coincidiendo con publicaciones previas, que los pacientes con $GB \le 1$ son menos complejos con un pronóstico excelente, siendo seguro su manejo ambulario. De hecho, retrasar la endoscopia no habría cambiado los resultados, con ahorros de salud. Nuestro hospital es un centro de referencia con especial dedicación a HDA que atiende un gran número de pacientes; esto, unido a un gastroenterólogo de guardia 24 h/365 días, determina en ocasiones un menor umbral para realizar endoscopia urgente. En conclusión, y como recomiendan las guías internacionales, el empleo de escalas pronósticas es útil para guiar la práctica clínica diaria.