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-014. DESARROLLO DE UN NUEVO SCORE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD Y LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. EL SCORE HA (MA) SH

Redondo Cerezo, Eduardo; Vadillo Calles, Francisco; Jiménez Rosales, Rita; Ortega Suazo, Eva Julissa; López de Hierro Ruiz, Mercedes

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Existe interés en el desarrollo de scores para establecer el riesgo de mortalidad y la necesidad de intervención precoz en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA). Dado que la decisión más importante es la necesidad de intervención inmediata, decidimos desarrollar un score centrado en este objetivo, así como en la mortalidad.

Métodos: Se incluyeron pacientes con HDA que ingresaron entre enero de 2013-enero de 2017. Todos fueron sometidos a endoscopia. Se realizó un análisis uni y multivariante buscando odds ratios individuales para cada factor. Después, construimos un score con el riesgo relativo de cada factor de riesgo, y dando valores por encima o por debajo de los puntos de corte calculados de 0, 1 o 2 puntos en función de su odds ratio. El score se probó tanto para mortalidad como para dos parámetros compuestos que incluían intervención (Endoscópica, quirúrgica o mortalidad en 30 días) o cualquier intervención (sumando al anterior las transfusiones). Las curvas ROC se compararon con el método de Hanley y McNeill.

Resultados: Se incluyen 547 pacientes (367 varones; edad $64,1 \pm 16,4$). Los factores de score fueron: Alteración del estado mental, albúmina $< 2,5$ g/dl, tensión arterial sistólica < 90 , hematemesis, hemoglobina < 10 y ASA > 2 .

Nuestro score, denominado HAH (MA) S (hematemesis, ASA > 2 , hemoglobina < 10 , alteración del estado mental, albúmina $< 2,5$ y TAS < 90) da dos puntos a las variables entre paréntesis y uno al resto y superó en predicción de mortalidad al AIMS65 (AUC 0,776 vs. 0,751; $p < 0,05$), al GBS (0,736; $p < 0,05$) y al Rockall postendoscópico (0,754; $p = \text{n.s.}$). Con respecto a la necesidad de intervención, fue discretamente superior al AIMS65 (AUC 0,654 vs. 0,627; $p = \text{n.s.}$) y GBS (AUC 0,623; $p = \text{n.s.}$). Cuando se consideró

cualquier no hubo diferencias significativas con GBS, pero sí entre ambos y AIMS 65 ($p < 0,005$) (AUC: HAH (MA) S 0,792; GBS: 0,811; AIMS65: 0.706). Con un HAH (MA) S = 0 no murió ningún paciente y solo un 3% necesitó intervención.

Conclusión: El score HAH (MA) S, pendiente de su validación externa parece prometedor.