



<https://www.revclinesp.es>

## V-10. - UTILIDAD CLÍNICA DE LA ESCALA GLASGOW-BLATCHFORD EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA COMO PREDICTOR DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

A. Franco Moreno<sup>1</sup>, I. Guerra Marina<sup>2</sup>, A. Bermejo Abati<sup>2</sup>, M. García Navarro<sup>1</sup>, F. Bermejo San José<sup>2</sup>, D. Bernal Bello<sup>1</sup>, A. Muñana Fuentes<sup>1</sup>, S. Calabrese Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Torrejón. Torrejón de Ardoz (Madrid). <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** La hemorragia digestiva alta (HDA) es una causa frecuente de ingreso hospitalario. Numerosos autores han abogado por la idea de realizar sistemas de puntuación para evaluar el riesgo de resangrado de los pacientes con HDA no varicosa utilizando criterios clínicos, analíticos y endoscópicos, clasificando a los pacientes en bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo de recidiva hemorrágica de cara a establecer una duración adecuada de la estancia hospitalaria. Para estratificar este riesgo se han presentado en los últimos años varias escalas de puntuación pronóstica, entre ellas la más utilizada es el score Rockall. No obstante, para el cálculo del score Rockall debe realizarse la endoscopia digestiva, procedimiento que en pacientes jóvenes, estables hemodinámicamente y con datos de sangrado menor se ha planteado poder evitarse. Para ello, se ha desarrollado el score Glasgow-Blatchford (GBS) útil para valorar el riesgo de resangrado sin necesidad de realizar endoscopia. El objetivo del estudio es evaluar la capacidad de la escala GBS en nuestro medio para predecir la necesidad de intervención terapéutica en pacientes con HDA no varicosa (transfusión de hemoderivados, tratamiento endoscópico o quirúrgico) y la mortalidad.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional y prospectivo incluyendo de forma consecutiva a todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada entre marzo de 2010 y junio de 2012 con signos de HDA y confirmación endoscópica. Se excluyeron los pacientes con tratamiento antiagregante o anticoagulante, y hemorragia por hipertensión portal. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de la puntuación: GBS-0 o GBS > 0.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 129 pacientes (61,2% varones con una media de edad de  $50 \pm 18$  años). 20 pacientes fueron clasificados con GBS-0 y 109 con GBS > 0. Tres pacientes con GBS-0 requirieron tratamiento endoscópico para el control de la hemorragia y 31 pacientes con GBS > 0 (15% vs 28,4%;  $p = 0,21$ ). Hubo 3 resangrados en el grupo GBS > 0 y ninguno en el grupo GBS-0 (0 vs 2,8%;  $p = 0,45$ ). Se transfundieron hemoderivados en 27 pacientes con GBS > 0 y ninguno con GBS-0 (24,8% vs 0%;  $p = 0,012$ ). La estancia media global fue de 24 horas (IQR 13-96). El 52% de los pacientes fueron dados de alta en las 12 horas posteriores a la endoscopia y no se objetivó ningún caso de resangrado en los siguientes 30 días. Ningún paciente precisó tratamiento quirúrgico y no se registró ninguna muerte.

**Discusión:** En nuestra serie una puntuación GBS de cero se relacionó con un bajo riesgo de necesidad de transfusión, cirugía y mortalidad; si bien, el 15% de los pacientes precisaron de tratamiento endoscópico para

el control la hemorragia.

*Conclusiones:* El score GBS es útil como predictor de mortalidad, resangrado y necesidad de transfusión de hemoderivados en pacientes con HDA no varicosa. Sin embargo, parece recomendable la realización de gastroscopia a todos los pacientes.