



P-185 - UTILIDAD DEL ÍNDICE GLASGOW-BLATCHFORD PARA PREDECIR NECESIDAD DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

P. García -Iglesias^{1,2}, A. Lira¹, C. Mármol¹, G. Llibre¹, J. da Costa¹, L. Hernández¹, E. Brunet¹, M. Gallach^{1,2}, L. Melcarne¹, V. Puig-Divi¹, F. Junquera¹, R. Campo^{1,2,3}, X. Calvet^{1,2,3} y E. Brullet^{1,2,3}

¹Gastroenterología, Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell. ²Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. ³CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Resumen

Introducción: A diferencia de la hemorragia digestiva alta, los índices predictivos para la hemorragia digestiva baja (HDB) no están tan bien definidos.

Objetivos: Evaluar la utilidad del índice Glasgow-Blatchford (IGB) para predecir la necesidad de intervención clínica (tratamiento endoscópico, embolización, cirugía o transfusión) comparado con 3 índices para HDB (Strate, Velayos y Newman) en pacientes con HDB.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico realizado desde enero 2013 hasta diciembre de 2015. Los pacientes se identificaron a partir de la base de datos hospitalaria utilizando el ICD-9 (International Classification of Diseases). Se recogieron datos clínicos, analíticos y endoscópicos. Los índices fueron elaborados de acuerdo a las variables recogidas en la historia clínica de cada paciente. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y el área bajo la curva (AUROC) para cada índice pronóstico. Se obtuvo el mejor punto de corte a partir de los valores de la curva ROC.

Resultados: Se identificaron 298 pacientes (51% hombres) con una edad media de 76,1 años. La mortalidad y resangrado a los 30 días fue de 1,7% (5 pacientes) y 6% (18 pacientes) respectivamente. La necesidad de intervención clínica fue de: 29,9% (89 pacientes) recibieron transfusión, 12,1% (30 pacientes) recibieron tratamiento endoscópico, y 1% (3 pacientes) requirió embolización. Ningún paciente precisó cirugía (tabla 1). AUROC de IGB para necesidad de intervención clínica fue de 0,82 IC95% (0,76-0,87) y para predecir transfusión de 0,87 IC95% (0,76-0,87). El IGB es mejor que los otros 3 índices pronósticos disponibles para predecir la necesidad de transfusión, además es superior al índice de Strate y similar a Newman y Velayos para predecir la necesidad de intervención clínica (fig. y tabla 2).

Figura 1: Curvas ROC

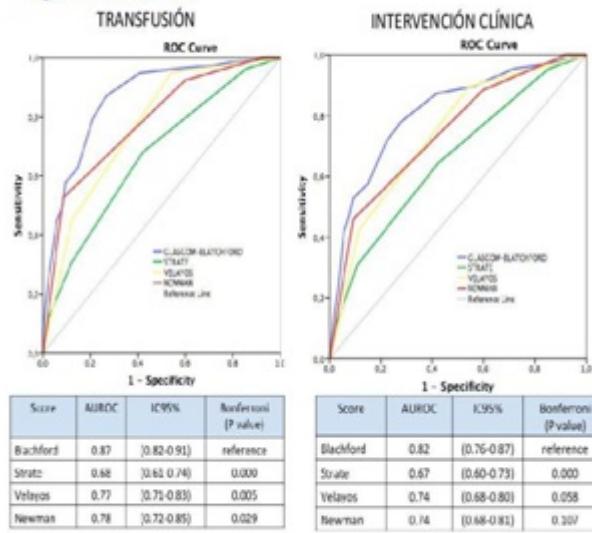


Tabla 1. Características de los pacientes

		N = 298 (%)
Sexo masculino		152 (51)
Edad (años): mediana		76,1
> 70 años		201 (67,4)
Estado hemodinámico		
TAS 100 mmHg		34 (11,4)
FC >100 bpm		54 (18,1)
Shock (TAS 100 mmHg + FC >100 bpm)		6 (2)
Hemoglobina		
< 80		157 (52,7)
81-100		103 (34,5)

101-120	33 (11,1)
> 120	5 (1,7)
Índice Charlson ? 4	161 (54)
Diagnóstico	
Divertículos	84 (28,2)
Colitis isquémica	66 (22,1)
No diagnóstico	34 (11,4)
Angiodisplasia	32 (10,7)
Cáncer colorrectal	18 (6,1)
Pospolipectomía	17 (5,7)
Anemia previa	79 (26,5)
Hemorragia previa	80 (26,8)
FCS durante ingreso	240 (80,5)
Medicación	
Sintrom	60 (20,1)
AAS	116 (38,9)
Clopidogrel	30 (10,1)
Anticoagulante acción directa	7 (2,3)

AINE	52 (17,4)
IBP	188 (63,1)
Tratamiento	
Endoscópico	36 (12,1)
Radiología vascular	3 (1)
Cirugía	0 (0)
Transfusión (concentrado hematíes)	89 (29,9)
Mortalidad 30 días	5 (1,7)
Recidiva 30 días	18 (6)

Tabla 2a. Transfusión

Índice	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
Blatchford ? 6	80	78	61	90
Strate ? 2	69	58	41	81
Velayos ? 1	95	46	41	96
Newman ? 2	92	40	39	93

Tabla 2b. Intervención clínica

Índice	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
Blatchford ? 4	89	59	50	91
Strate ? 2	66	58	86	78
Velayos ? 1	90	46	44	90
Newman ? 2	89	40	32	88

Conclusiones: El IGB puede ser una herramienta útil y sencilla para estratificar el riesgo en pacientes con HDB.