

Estudio retrospectivo: comparación de Scores AIMS65, Rockall y Glasgow Blatchford para hemorragia digestiva alta

Virgilio Alvarado Gallo¹  · Jimmy Arias Crespo²  · María Cepeda Mullo³  · Silvia Campoverde Duchitanga⁴  · Víctor Vera Gordillo⁵  · Jorge López Pinto⁶  · Rita Pico Rodríguez⁷  · Paúl Chamba Molina⁸ 

¹Jefe del área de Gastroenterología, Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil.

²Médico general, Universidad de Guayaquil, Guayaquil.

³Gastroenteróloga, Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil

⁴Pediatra gastroenteróloga, Hospital Roberto Gilbert, Guayaquil.

⁵Gastroenterólogo, Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil.

⁶Médico general, Universidad de Guayaquil, Guayaquil.

⁷Universidad de Guayaquil, Guayaquil.

⁸Posgradista de Medicina Interna, Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil.

Ecuador.

Acta Gastroenterol Latinoam 2023;53(4):369-377

Recibido: 24/11/2023 / Aceptado: 27/12/2023 / Publicado online el 29/12/2023 / <https://doi.org/10.52787/agl.v53i4.371>

Resumen

Introducción. La hemorragia digestiva alta constituye una emergencia primaria para los servicios de emergencia en todo el mundo. Tiene una etiología variada y una terapéutica amplia, por lo que es necesario el uso de escalas pronósticas para establecer el riesgo del paciente. **Objetivos.** Determinar cuál de las cuatro escalas estudiadas tiene mayor capacidad para discriminar entre casos de bajo y alto riesgo de

resangrado, necesidad de transfusión sanguínea y muerte. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio transversal retrospectivo utilizando la base de datos del Hospital General Guasmo Sur del año 2020 al 2022, comparando los puntajes obtenidos al aplicar las escalas a pacientes diagnosticados con hemorragia digestiva alta y su evolución para conocer su potencial pronóstico. **Resultados.** En predicción de mortalidad, tuvieron mejores AUC: Rockall pre-endoscópica y AIMS65 con 0,701 y 0,689, respectivamente; las más útiles son Rockall y Rockall pre-endoscópico con sensibilidad 95% y VPN 98,3%, con puntos de corte de 4 y 3, respectivamente. En predicción de resangrado, la de mejor AUC fue GBS con 0,700, y con un punto de corte de 9, tuvo sensibilidad de 92,3% y VPN de 95,1%. En predicción de necesidad de transfusión, el de mejor AUC fue GBS con 0,766, y punto de corte de 5, es la más útil con sensibilidad 97,1% y VPN 82,6%. **Conclusión.** Los resultados demuestran similitudes y diferencias con estudios similares, especialmente en el AUC de las pruebas. Las escalas más útiles son Rockall, Rockall preendoscópica y GBS.

Correspondencia: Virgilio Alvarado Gallo
Correo electrónico: virgilioalvarado@hotmail.com

Palabras claves. Hemorragia gastrointestinal, sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo, valor predic-

tivo negativo, riesgo, transfusión sanguínea, mortalidad, pronóstico.

Retrospective Study: Comparison of AIMS65, Rockall and Glasgow Blatchford Scores for Upper Gastrointestinal Bleeding

Summary

Introduction. Upper gastrointestinal bleeding constitutes a primary emergency for emergency services world wide. It has varied etiology and broader therapeutics, so the use of prognostic scales is necessary to establish the patient's risk. **Objectives.** Determine which of the four scales studied has a greater capacity to discriminate between cases of low and high risk for rebleeding, need for blood transfusion and death. **Materials and methods.** A retrospective cohort study was carried out using the data base of the Guasmo Sur General Hospital from 2020 to 2022, comparing scores obtained by applying the scales to patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding and the evolution to know their potential prognosis. **Results.** In predicting mortality, the following had better AUC: pre-endoscopic Rockall and AIMS65 with 0.701 and 0.689, respectively; the most useful are Rockall and pre-endoscopic Rockall with sensitivity 95% and NPV 98.3%, with cut-off points of 4 and 3, respectively. In predicting rebleeding, the score with the best AUC was GBS with 0.700, at a cut-off point of 9, it had a sensitivity of 92.3% and a NPV of 95.1%. In predicting the need for transfusion, the one with the best AUC was GBS with 0.766, and a cut-off point of 5, it is the most useful with sensitivity 97.1% and NPV 82.6%. **Conclusion.** The most useful scales for the different outcomes measured were Rockall, pre-endoscopic Rockall and GBS.

Keywords. Gastrointestinal hemorrhage, sensitivity and specificity, positive predictive value, negative predictive value, risk, blood transfusion, mortality, prognosis.

Abreviaturas

HDA: Hemorragia digestiva alta.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

HGGS: Hospital General Guasmo Sur.

GBS: Escala de Glasgow Blatchford, por sus siglas en inglés.

RS: Escala Rockall, por sus siglas en inglés.

ROC: Características operativas del operador, por sus siglas en inglés.

AUC: Area under curve.

VPP: Valor predictivo positivo.

VPN: Valor predictivo negativo.

CRS: Clinical Rockall Score o Escala Rockall Clínico o Rockall preendoscópico.

HTA: Hipertensión arterial.

DM2: Diabetes mellitus tipo 2.

Hb: Hemoglobina.

CI: Intervalo de confianza, por sus siglas en inglés.

PAS: Presión arterial sistólica.

FC: Frecuencia cardiaca.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) se refiere al sangrado en cualquier parte del tracto digestivo localizado previo al ángulo de Treitz y se considera la emergencia gastroenterológica más común, con una estadística anual a nivel mundial estimada en 40-150 casos por 100.000 habitantes. En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, [2020]), se produjeron alrededor de 370 egresos hospitalarios por hemorragia digestiva alta en el 2020.^{1,2} Además, como mencionan Falcao y col. (2020), “la hemorragia digestiva alta es una condición de salud cuya epidemiología y pronóstico han variado a lo largo de los años”.³

Aun con la gran afluencia de casos de HDA en el Hospital General Guasmo Sur (HGGS), no se ha establecido como protocolo el uso de alguna de las herramientas pronósticas como las escalas Glasgow Blatchford (GBS), Rockall (RS) y AIMS65, para clasificar a los pacientes en bajo o alto riesgo.⁴ Esto sucede por el desconocimiento de estas o por la diferencia entre los resultados que se obtienen al aplicar varias de estas escalas a un mismo paciente, lo que lleva a que aquellos profesionales de la salud que las utilizan de forma ocasional dejen de hacerlo completamente.^{4,5}

Como mencionan Maia S. y col., “el puntaje de GBS y el puntaje del RS deben usarse con frecuencia en la estratificación de riesgo para el manejo adecuado de pacientes con hemorragia digestiva alta”, ya sea mediante endoscopia inmediata, una mayor observación del personal

de salud o el traslado a un área crítica.^{4,6,7} En el presente estudio se busca comparar las herramientas antes mencionadas y plantear cuál puede estratificar y predecir la severidad de los pacientes de forma rápida y precisa.

Material y métodos

Población

Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta y con un registro clínico que incluyera los datos correspondientes a las variables requeridas para poder calcular las escalas de AIMS65, Glasgow Blatchford y Rockall. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas del HGGG, entre enero de 2020 y diciembre de 2022. Fueron excluidos aquellos pacientes con una edad menor a 18 años y las embarazadas.

VARIABLES ANALIZADAS

Las escalas que se estudian en este trabajo de investigación funcionan en torno a datos objetivos, como signos vitales y valores de laboratorio (entre ellos, el más relevante es la hemoglobina), que son relativamente de fácil obtención a través de una historia clínica rápida y un examen de laboratorio simple.¹⁰

Para registrar la información se recogieron variables clínicas, todas a partir de las historias clínicas de los pacientes, las cuales pertenecen a las escalas en estudio, por lo que las variables en el score AIMS65 son: albúmina, INR, estado mental, presión arterial sistólica (PAS) y edad; en GBS, las variables son: hemoglobina (Hb), urea, PAS, frecuencia cardíaca (FC), presencia de melena, historia de enfermedad hepática y falla cardíaca presente; mientras que en RS, las variables que lo constituyen son: edad, FC, PAS, presencia de comorbilidades, diagnóstico endoscópico y estigmas de sangrado reciente. Se calculó el puntaje de los 4 scores estudiados en todos los pacientes.

El AIMS65 Score es la escala más reciente de las mencionadas y, como explican Hyett y col., “utiliza cinco componentes considerados como los de mayor capacidad de discriminación, y son: albúmina, INR, estado mental, presión arterial sistólica y edad”. Así, GBS, al no tener un componente endoscópico, resulta útil en el manejo temprano del paciente.⁷⁻⁹

La mortalidad fue definida como el fallecimiento del paciente dentro de los primeros 30 días de haber presentado el primer episodio de sangrado.¹¹ El resangrado se definió como la presencia de un nuevo episodio de sangrado durante los primeros 30 días de haber iniciado el primer episodio, con alteración de parámetros hemodinámicos

y/o de descenso de la hemoglobina sérica luego de su estabilización.¹²⁻¹³ La necesidad de transfusión sanguínea se definió como el requerimiento de un paciente de que se realice transfusión de glóbulos rojos, ya sea sobre la base del nivel de la Hb, con parámetro restrictivo en pacientes sin historia de enfermedad cardiovascular ($Hb \leq 7$ g/dl), y en pacientes con historia de enfermedad cardiovascular una $Hb \leq 8$, presencia de sangrado activo en cantidad ≥ 1500 ml o estado de shock grado III.¹²⁻¹⁴⁻¹³ Toda la información de seguimiento de los pacientes se obtuvo de las historias clínicas.

Análisis de datos

Se analizaron los datos de 212 pacientes y los criterios de valoración en el presente estudio fueron la mortalidad, el resangrado y la necesidad de transfusión sanguínea. Los análisis estadísticos para identificar las medidas de validez, como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) y valor de p ; se realizaron con el software SPSS. Se creó una base de datos con los puntajes de cada score de cada paciente y si el paciente falleció, resangró o necesitó una transfusión sanguínea; posteriormente, con esos datos se realizaron las curvas ROC y las distintas tablas cruzadas, dependiendo del punto de corte más acorde para la obtención de las medidas de validez. Se aceptó un valor de $p < 0,05$.

Declaraciones éticas

La información recolectada es real, no tergiversada, siempre con respeto a la confidencialidad y la vulnerabilidad del paciente. Los pacientes firmaron un consentimiento informado al momento de la realización del estudio endoscópico. El tratamiento de los datos se realizó de manera anonimizada. La investigación se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki (2013).

Resultados

Se incluyó a 212 pacientes, de los cuales el 60% eran hombres ($n=127$) y el 40% eran mujeres ($n=85$); con respecto a la edad, el grupo de edad que predominó fue el de mayores de 60 años, con un 59% ($n=126$) y la mediana de la edad fue de 64 años (18-99). Falleció el 9% de los pacientes ($n=20$), el 18,39% ($n=39$) presentó al menos un evento de resangrado, y el 66% ($n=139$) de los pacientes necesitó transfusión sanguínea.

En la endoscopia el hallazgo más visto fue la úlcera gástrica o duodenal en un 52,35% ($n=111$) de los pacientes; le siguen las enfermedades erosivas, con un

20,75% (n= 44). y el sangrado variceal en el 18,39% (n= 39) de los pacientes. La comorbilidad asociada más común fue la hipertensión arterial (HTA) con un 45,75% (n= 97) de los pacientes, seguido de la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) con un 28,77% (n= 61) y la enfermedad hepática con un 20,28% (n= 43).

El promedio del puntaje de AIMS65 fue de 1,09 (0-5); en el caso de GBS, este fue de 10,40 (0-18); el CRS promedio fue de 3,28 (0-6), mientras que el promedio del puntaje de RS fue de 4,61.¹⁻⁹ (Tabla 1)

Tabla 1. Características y desenlaces de los pacientes y promedio de puntajes de las escalas

Características	Valores
Mediana de edad en años	64 (18-99)
Sexo	
Hombres (%)	127 (60)
Mujeres (%)	85 (40)
Hallazgos en endoscopia	
Nada anormal (%)	4 (1,88)
Enfermedad erosiva (%)	44 (20,75)
Síndrome de Mallory Weiss (%)	2 (0,94)
Úlcera gástrica o duodenal (%)	111 (52,35)
Sangrado variceal (%)	39 (18,39)
Cáncer (%)	12 (5,66)
Comorbilidades	
Sin comorbilidades (%)	44 (20,75)
Por lo menos una comorbilidad (%)	168 (79,24)
Enfermedad hepática (%)	43 (20,28)
Enfermedad cardíaca (%)	20 (9,43)
Enfermedad renal crónica (%)	23 (10,84)
DM2 (%)	61 (28,77)
HTA (%)	97 (45,75)
Puntaje promedio de la escala	
AIMS65	1,09 (0-5)
GBS	10,40 (0-18)
CRS	3,28 (1-9)
RS	4,61 (0-6)
Desenlace	
Fallecidos (%)	20 (9)
Resangrados (%)	39 (18,39)
Necesitaron transfusión sanguínea (%)	139 (66)

En cuanto a la predicción de mortalidad, los valores de AUC de AIMS65, GBS, RS y CRS fueron 0,689 (CI 0,567 a 0,811), 0,627 (CI 0,503 a 0,751), 0,663 (CI 0,545 a 0,780) y 0,701 (0,597 a 0,804), respectivamente (Figura 1). El punto de corte de AIMS65 fue de 1, con una sensibilidad del 90%, especificidad de 29,6%, VPP de 11,7% y VPN de 96,6% ($p = 0,062$). El punto de corte de GBS fue de 6, con una sensibilidad del 95%, especificidad de 14%, VPP de 10,3% y VPN de 96,4% ($p = 0,255$). En CRS, el punto de corte fue de 3, con una sensibilidad del 95%, especificidad de 31,2%, VPP de 12,5% y VPN de 98,3% ($p = 0,014$). Por último, en RS el punto de corte fue de 4, con una sensibilidad del 95%, especificidad de 30,2%, VPP de 12,4% y VPN de 98,3% ($p = 0,017$).

En lo que respecta a la predicción de resangrado, los valores de AUC de AIMS65, GBS, CRS y RS fueron de 0,649 (intervalo de confianza [CI] 0,567 a 0,732), 0,700 (CI 0,618 a 0,782), 0,680 (CI 0,585 a 0,750) y 0,667 (CI 0,594 a 0,765), respectivamente (Figura 2). En AIMS65, el punto de corte fue 1, con una sensibilidad del 92,3%, especificidad de 32,3%, VPP de 23,5% y VPN de 94,9% ($p = 0,002$). El punto de corte de GBS fue de 9, y tuvo una sensibilidad del 92,3%, especificidad de 34,1%, VPP de 24% y VPN de 95,1% ($p = 0,001$). Por otro lado, en CRS el punto de corte fue 3, con una sensibilidad del 89,7%, especificidad de 32,9%, VPP de 23,1% y VPN de 93,4% ($p = 0,005$). Por último, en RS el punto de corte fue de 4, con una sensibilidad del 92,3%, especificidad de 32,3%, VPP de 23,5% y VPN de 94,9% ($p = 0,002$).

En cuanto a la predicción de la necesidad de transfusión sanguínea, los valores de AUC de AIMS65, GBS, CRS y RS fueron de 0,624 (CI 0,545 a 0,703), 0,731 (CI 0,654 a 0,807), 0,606 (CI 0,526 a 0,687) y 0,627 (CI 0,550 a 0,705), respectivamente (Figura 3). En AIMS65, el punto de corte fue 1, con una sensibilidad del 78,4%, especificidad de 52,5%, VPP de 71,2% y VPN de 49,1% ($p = 0,05$). En la GBS, el punto de corte fue de 5, y tuvo una sensibilidad del 97,1%, especificidad de 26%, VPP de 71,4% y VPN de 82,6% ($p < 0,001$). En cuanto a CRS, su punto de corte fue de 2, y tuvo una sensibilidad del 88,4%, especificidad del 15%, VPP de 66,4% y VPN de 40,7% ($p = 0,460$). Por último, la RS tuvo un punto de corte de 3, con una sensibilidad del 87,7%, especificidad de 17,8%, VPP de 67% y VPN de 43,3% ($p = 0,268$) (Tabla 2).

Figura 1. Curvas ROC para valorar la capacidad discriminativa de las escalas AIMS65, GBS, RS y CRS en la predicción de mortalidad

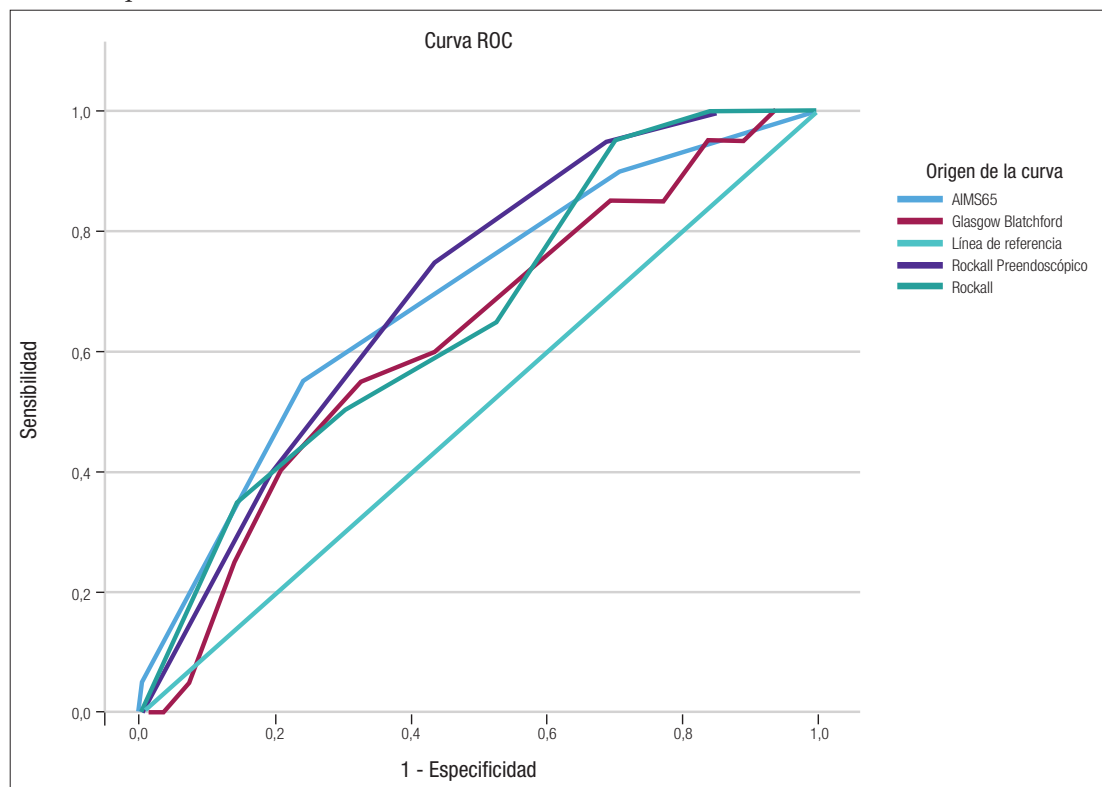


Figura 2. Curvas ROC para valorar la capacidad discriminativa de las escalas AIMS65, GBS, RS y CRS en la predicción de resangrado

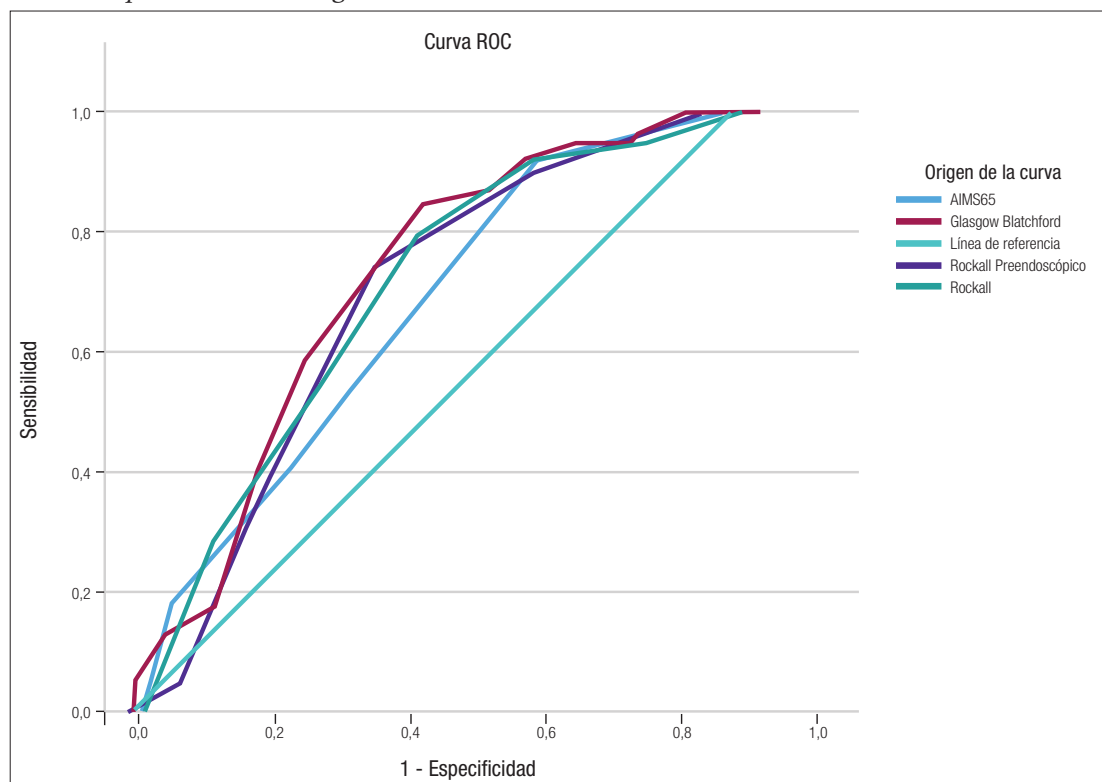


Figura 3. Curvas ROC para valorar la capacidad discriminativa de las escalas AIMS65, GBS, RS y CRS en la predicción de necesidad de transfusión sanguínea

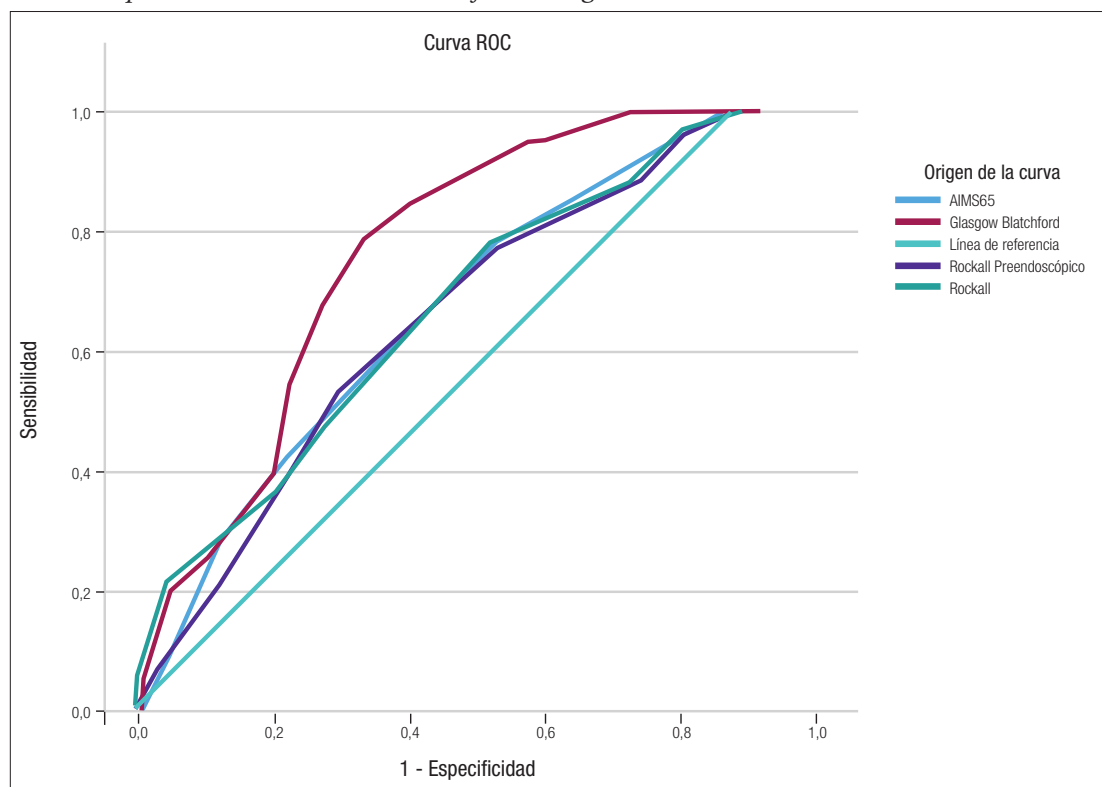


Tabla 2. Sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de cada escala con su respectivo punto de corte asignado en la predicción de mortalidad, resangrado y necesidad de transfusión sanguínea

	Escala	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Mortalidad	AIMS 65	> = 1	90%	29,6%	11,7%	96,6%
	Glasgow Blatchford	> = 6	95%	14%	10,3%	96,4%
	Rockall	> = 4	95%	30,2%	12,4%	98,3%
	Rockall preendoscópico	> = 3	95%	31,2%	12,5%	98,3%
Resangrado	AIMS 65	> = 1	92,3%	32,3%	23,5%	94,9%
	Glasgow Blatchford	> = 9	92,3%	34,1%	24%	95,1%
	Rockall	> = 4	92,3%	32,3%	23,5%	94,9%
	Rockall preendoscópico	> = 3	89,7%	32,9%	23,1%	93,4%
Necesidad de transfusión sanguínea	AIMS 65	> = 1	78,4%	52,5%	71,2%	49,1%
	Glasgow Blatchford	> = 5	97,1%	26%	71,4%	82,6%
	Rockall	> = 3	87,7%	17,8%	67%	43,3%
	Rockall preendoscópico	> = 2	88,4%	15%	66,4%	40,7%

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar el beneficio de las escalas pronósticas de hemorragia digestiva alta AIMS65, GBS, RS y CRS, en la predicción de mortalidad, resangrado y necesidad de transfusión sanguí-

nea en dicho evento, debido al poco uso que estas tienen en la práctica clínica diaria,⁴ y a su vez determinar cuál tiene mayor utilidad en cada uno de los apartados mencionados. Para esto, se buscó establecer la diferencia entre lo reportado en investigaciones anteriores enfocadas

en este tema y los resultados de este estudio, y considerando como los más relevantes el AUC, la sensibilidad y el VPP.

La RS es una escala pronóstica de HDA diseñada para poder establecer la importancia de la relación entre los distintos factores de riesgo y el incremento de la mortalidad luego del evento de HDA, y así elaborar un esquema de puntuación para estratificar a los pacientes sobre la base de su contexto clínico y, posteriormente, de su contexto endoscópico, esto último suponiendo una desventaja en comparación con las demás escalas. Rockall y col. mencionan que “esta escala se basa en cinco variables clínicas y endoscópicas, establecidas por edad, presencia de shock, comorbilidades, diagnóstico y estigmas endoscópicos, luego califica cada una con números entre 0-2 (comorbilidades se evalúan de 0-3) para sumar un total de 11 puntos”.¹⁵ A pesar de que tradicionalmente a la CRS se la considera solo como una escala incompleta, mientras que, como dicen Pavez y col., “la escala Rockall completa fue diseñada para predecir la mortalidad y resangrado en pacientes con HDA”, se le puede dar uso en primera instancia a la CRS para identificar a aquellos pacientes con alto riesgo que requieren una endoscopia urgente.^{4,7,16}

La GBS es una escala que utiliza variables clínicas, hemodinámicas y valores de laboratorio para su puntuación, sin el requerimiento de una endoscopia, lo que resulta útil en el manejo temprano del paciente, siendo apta para identificar pacientes de bajo riesgo.⁷

En un estudio de Australia en el que se analizó a 424 pacientes con HDA, la predicción de la mortalidad con AIMS65, GBS, RS y CRS tuvo AUC significativos, con valores de 0,80, 0,76, 0,78 y 0,74 respectivamente; con mejores resultados, la escala AIMS65 tuvo una sensibilidad del 72% y una especificidad de 77%, con un punto de corte de 3. En nuestro estudio, los valores de AUC fueron más bajos para las 4 escalas, siendo la de valor más alto el CRS con 0,702, la cual consideramos como la mejor predictora de mortalidad de HDA con una sensibilidad del 95%, especificidad de 31,2%, VPP de 12,5% y VPN de 98,3%; el hecho de que para nosotros el CRS sea la de mejores resultados difiere del estudio comparado, en el que se destaca la AIMS65.¹⁷

En un estudio internacional multicéntrico, conformado por 3012 pacientes de seis hospitales de Europa, Norteamérica, Asia y Oceanía, en el que se comparó la predicción de resangrado de AIMS65, GBS, RS y CRS, todos los AUC fueron bajos, con valores de 0,60, 0,66, 0,64 y 0,62 respectivamente, siendo el de mejores resultados GBS. Por otro lado, aunque en nuestro estudio los valores de AUC fueron algo superiores, coincidimos en

que GBS tuvo los mejores resultados entre las escalas estudiadas, con AUC de 0,700, por lo que es el mejor score para predecir resangrado.⁷

Por otra parte, en otro estudio de Perú, en el que se analizó a 337 pacientes con HDA, todas las escalas estudiadas determinan que AIMS65 y GBS pueden predecir la necesidad de transfusión, con valores de AUC de 0,766 en GBS, y 0,77 para AIMS65, mientras que RS no desempeña una buena función para este propósito, con un AUC de 0,67. El GBS con un punto de corte de 13 tiene una sensibilidad del 92,3%, especificidad de 51,3%, VPP de 20% y VPN de 98%. Nuestro estudio concuerda con que GBS puede predecir la necesidad de transfusión, con un AUC de 0,731, y con un punto de corte de 5 tiene una sensibilidad del 97,1%, especificidad de 26%, VPP de 71,4% y VPN de 82,6%, pero AIMS65 y RS no predicen de forma correcta la necesidad de transfusión.¹⁸

Hay que destacar que, a diferencia de las pruebas de diagnóstico en las que las capacidades discriminativas suelen ser altas, en estas, al ser escalas pronósticas, ocurre una gran cantidad de acontecimientos en el paciente entre que se les calcula un puntaje en el área de emergencia hasta su resultado final, por lo que en ocasiones, en pacientes con un puntaje elevado, si se realiza un adecuado manejo, se evitará el fallecimiento, el resangrado e incluso la necesidad de transfusión. Un aspecto que disminuyó la capacidad discriminativa de la prueba es que hubo pacientes con puntaje bajo que fallecieron o resangraron.

Es importante señalar que, como en otros estudios, el bajo VPP de las escalas dificulta la identificación precisa del grupo de alto riesgo. En este grupo, un manejo personalizado, como el monitoreo estricto o una endoscopia más urgente, podría mejorar los resultados terapéuticos. En este contexto, una diferencia comparativa y estadísticamente significativa entre las escalas puede no ser tan relevante clínicamente como parece y ser solamente sugerida. Esto es especialmente cierto en la predicción de la mortalidad, ya que el número de pacientes y eventos (212 y 20, respectivamente) es relativamente pequeño; para tener una mayor certeza estadística y comparativa, se necesitarían probablemente miles de pacientes.

Algunas de las fortalezas del presente estudio son que las endoscopias fueron realizadas por personal médico altamente calificado, que el tamaño de la muestra es adecuado para el estudio y que la población estudiada es heterogénea en sexo y edad. Dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra que no se valoró la capacidad discriminativa de las escalas sobre la base de su etiología respecto de si es variceal o no variceal.

Por supuesto, es necesario realizar nuevos trabajos en los que se comparen las distintas escalas estudiadas, pero

separando en función de la etiología variceal o no variceal, para tener un enfoque más preciso separado por la causa de la hemorragia.

Conclusión

A pesar de que la capacidad discriminativa de las escalas pronósticas estudiadas sea relativamente baja, tienen utilidad en la práctica clínica una vez designado un correcto punto de corte, dependiendo de los objetivos que queramos designarle a dicha escala. En lo que respecta a la predicción de mortalidad por HDA, la más útil en nuestra población es CRS con un punto de corte de 3, siendo usada al inicio en el área de emergencia, seguido de RS una vez realizada la endoscopia, utilizando un punto de corte de 4. Por otra parte, para predecir resangrado, la de mayor beneficio es GBS con un punto de corte de 9, y para un manejo más amplio es útil usar la GBS para predecir necesidad de transfusión, pero con un punto de corte de 5. Por último, el AIMS65 no demostró ser superior a las demás escalas. Esta información puede ayudar a un manejo más adecuado de los pacientes con HDA, especialmente en nuestra población por los puntos de corte asignados.

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las tablas presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor



© 2023 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Alvarado Gallo V, Arias Crespo J, Cepeda Mullo M y col. Estudio retrospectivo: Comparación de Scores AIMS65, Rockall y Glasgow Blatchford para hemorragia digestiva alta. Acta Gastroenterol Latinoam. 2023;53(4):369-377. <https://doi.org/10.52787/agl.v53i4.371>

Referencias

- Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). Rev Médica Chile.2020;148(3):288-94.
- Accede al Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2020 - Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/accede-al-registro-estadistico-de-camas-y-egresos-hospitalarios-2020/>
- Falcão D, Alves da Silva J, Pereira Guedes T, Garrido M, Novo I, Pedroto I. The Current Portrayal of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding in a Portuguese Tertiary Center. GE - Port J Gastroenterol.2021;28(6):392-7.
- Pavez C, Padilla O, Araya R. Gastroenterología Latinoamericana. [citado el 21 de noviembre de 2023]. clasificación de Rockall. Disponible en: <https://gastrolat.org/topico/clasificacion-de-rockall/>
- CunoHuallpa EB. Evaluación de escalas de estratificación de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva alta en los hospitales del Cusco - 2020. Univ Andina Cusco [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado el 4 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3381>
- Maia S, Falcão D, Silva J, Pedroto I. The Clinical Impact of Rockall and Glasgow-Blatchford Scores in Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. GE - Port J Gastroenterol.2021;28(4):243-52.
- Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, Abazi R, et al. Comparación de sistemas de puntuación de riesgo para pacientes que presentan hemorragia gastrointestinal superior: estudio prospectivo multicéntrico internacional. BMJ.2017;356:i6432.
- Hyett BH, Abougergi MS, Charpentier JP, Kumar NL, Brozovic S, Claggett BL, et al. La puntuación AIMS65 se comparó con la puntuación de Glasgow-Blatchford para predecir los resultados de la hemorragia gastrointestinal superior. GastrointestEndosc.2013;77(4):551-7.
- Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. Una puntuación de riesgo simple predice con precisión la mortalidad hospitalaria, la duración de la estancia hospitalaria y el coste de la hemorragia digestiva alta aguda. GastrointestEndosc.2011;74(6):1215-24.
- Chang A, Ouejaraphant C, Akarapatima K, Rattanasupa A, Prachayakul V. Comparación prospectiva de la puntuación AIMS65, la puntuación de Glasgow-Blatchford y la puntuación de Rockall para predecir resultados clínicos en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior por varices y no varices. ClinEndosc.2021;54(2):211-21.

11. Aragón JJ, Moreno KM. Relación entre escala Rockall y mortalidad en pacientes mayores de edad con hemorragia digestiva alta no variceal en el Hospital IESS Milagro durante el año 2020. 2 de mayo de 2022 [citado el 4 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/18799>
12. Jofre JAC, Torres T, Cabezas G, Hernández BL. Hemorragia digestiva alta. ARS MEDICA RevCienc Médicas.2019; 44(3):24-34. Diagnóstico endoscópico y tratamiento de la hemorragia gastrointestinal superior no varicosa (NVUGIH) Actualización 2021 | ESGE [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.esge.com/endoscopic-diagnosis-and-management-of-nonvariceal-upper-gastrointestinal-hemorrhage-esge-update-2021>
13. Chernic P, Agrela M de, Lay A, Paulo B, Piazze M, Rodríguez M, *et al.* Revisión de indicaciones de transfusión de sangre deplasmaticada en adultos. AnFacMed [Internet]. 2018 [citado 17 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/516>
14. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Riskassessment of acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1996;38(3): 316-21.
15. Alimoğlu F, Özkan A, Çalık M. Evaluation of the shock index and different scores in predicting the mortality in upper gastrointestinal bleeding. J ClinMedKazakhstan.2023;20(3):32-7.
16. Robertson M, Majumdar A, Boyapati R, Chung W, Worland T, Terbah R, *et al.* Risk stratification in acute upper GI bleeding: comparison of the AIMS65 score with the Glasgow-Blatchford and Rockall scoring systems. Gastrointest Endosc.2016; 83(6):1151-60.
17. Espinoza-Rios J, Aguilar Sánchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado Tenorio J. Comparación de los scores Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. Rev Gastroenterol Perú.2016;36(2):143-52.