

#### IV. Desarrollo de las preguntas y recomendaciones basadas en la evidencia

##### a. Valoración de riesgo

###### Conceptos generales y específicos

La hemorragia digestiva alta (HDA) representa una causa importante de morbilidad, mortalidad y carga económica (17). A nivel mundial, la prevalencia de HDA es de 150 por 100 000 adultos por año, la mortalidad se halla entre 10 a 20% (18). Además, representa la emergencia médica más frecuente en gastroenterología (18).

Se conoce como HDA al sangrado proveniente del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el duodeno a la altura del ligamento de Treitz. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran la hematemesis (40 a 50% de los casos), melena o hematoquezia (90 a 98% de los casos) (19).

Debido a ello, resulta importante realizar una adecuada valoración de riesgo de los pacientes con HDA, que permita pensar en un alta precoz en pacientes con bajo riesgo, y un manejo intensivo en pacientes con alto riesgo.

###### Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.

Se construyó una pregunta correspondiente a la valoración de riesgo en pacientes con HDA. El resumen de la evidencia se muestra en el **Anexo N°6**.

###### Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE

Se graduó la evidencia utilizando el sistema GRADE (**Anexo N°10**).

###### Recomendaciones

###### **Pregunta 1: ¿Qué criterio se puede usar para decidir el alta de emergencia sin realización de endoscopia en pacientes con HDA?**

**Resumen de la evidencia:** Se encontró que las dos guías identificadas y seleccionadas mediante la evaluación AGREE II establecían recomendaciones para esta pregunta: las guías de NICE (2012, actualizada el 2016) y ESGE (2015).

NICE recomienda considerar un alta temprano en pacientes con un puntaje en el Índice de Glasgow-Blatchford (IGB) <1. Esta recomendación se basa en tres revisiones que evalúan necesidad de intervención, mortalidad y resangrado: La revisión de necesidad de intervención incluyó 7 estudios (n= 2728 pacientes), y encontró que la sensibilidad del IGB < 1 varió entre 98.9% y 100%, y su especificidad varió entre 6.3% y 44.7%. La revisión de mortalidad incluyó 2 estudios (n= 593 pacientes), y encontró que la sensibilidad del IGB < 1 fue en ambos estudios del 100%, y su especificidad varió entre 1.8% y 8.0%. La revisión de resangrado incluyó 2 estudios (n= 593 pacientes), y encontró que la sensibilidad del IGB <1 varió entre 94.3% y 100%, y su especificidad varió entre 1% y 8.5%.

ESGE recomienda dar de alta del servicio de emergencia sin la realización de una endoscopia a pacientes con un puntaje en el IGB < 2. Esta recomendación se basa en los análisis que realiza ESGE en 8 estudios, encontrando que el IGB < 2 predijo correctamente 98% (IC95%: 89% - 100%) de los pacientes que no requerían ninguna intervención.

En ambas guías (NICE y ESGE), la decisión referente al punto de corte fue tomada por opinión de expertos.

Se actualizó la búsqueda que realizó la guía de ESGE, a partir del 01 de enero del 2015, usando el buscador Pubmed, con la finalidad de recopilar artículos que hayan evaluado la sensibilidad, especificidad, VPP o VPN del IGB para alguna complicación incluyendo muerte. Como primera opción, se decidió buscar revisiones sistemáticas sobre el tema, encontrando una revisión sistemática publicada el 2016 por Ramaekers et al (20), la cual evaluó 13 estudios (n= 3129 pacientes), y resumió la sensibilidad y especificidad del IGB para el desarrollo de complicaciones (desenlace que incluyó muerte; re-sangrado; o necesidad de intervención: transfusión, angiografía, endoscopia o cirugía). Dicha revisión fue evaluada usando el instrumento AMSTAR (*a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*), obteniendo un puntaje de siete, que cual lo califica como aceptable para su uso para la formulación de recomendaciones en guías de práctica clínica según la Metodología para la de documento técnico elaboración guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Perú (3); por lo cual fue usada como evidencia para la formulación de recomendaciones para esta pregunta.

En dicha revisión se encontró que el IGB > 0 tuvo una sensibilidad de 99% (IC95%: 98%-100%), una especificidad de 8% (IC95%: 7%-9%), un VPP de 31% (IC95%: 30%-31%) y un VPN de 96% (IC95%: 90%-100%), en tanto que el IGB > 2 tuvo una sensibilidad de 98% (IC95%: 96%-99%), una especificidad de 36% (IC95%: 34%-38%), un VPP de 69% (IC95%: 68%-70%) y un VPN de 93% (IC95%: 87%-96%) para el desarrollo de complicaciones (muerte; re-sangrado; o necesidad de intervención: transfusión, angiografía, endoscopia o cirugía).

#### **Beneficios y daños de las opciones:**

El GEG-Local consideró que el principal beneficio de dar un alta sin realizar endoscopia a pacientes con muy bajo riesgo de complicaciones era que estos pacientes no estarían innecesariamente expuestos a los peligros de una estadía prolongada en el servicio de emergencia (como la infección por microorganismos hospitalarios) o a intervenciones innecesarias. Asimismo, el principal daño de esta alta sería que un grupo de pacientes presente alguna complicación luego del alta.

Si bien la revisión sistemática identificada encontró que la sensibilidad del IGB para distintos desenlaces apenas disminuyó entre los puntos de corte > 0 y > 2 (99% y 98%), el VPN disminuyó de 96% a 93%. De acuerdo a estas cifras, el GEG-Local evaluó los riesgos y beneficios de los distintos puntos de corte, y finalmente consideró que el punto de corte > 1 permitiría discriminar adecuadamente a los pacientes en riesgo, por lo cual los beneficios de dar un alta temprana a pacientes con este puntaje superaban los potenciales daños.

<b>Score de Glasgow-Blatchford</b>	
<b>Marcador de riesgo</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Urea en sangre (mmol/L)</b>	
≥6.5 a <8.0	2
≥8.0 a <10.0	3
≥10.0 a <25	4
≥25	6
<b>Hemoglobina (g/L) para varones</b>	
≥120 a <130	1
≥100 a <120	3
<100	6
<b>Hemoglobina (g/L) para mujeres</b>	
≥100 a <120	1
<100	6
<b>Presión arterial sistólica (mm Hg)</b>	
100 a 109	1
90 a 99	2
<90	3
<b>Otros marcadores</b>	
Pulso ≥100 (per min)	1
Paciente con melena	1
Paciente con síncope	2
Enfermedad hepática	2
Insuficiencia cardiaca	2
<b>Suma de puntajes:</b>	

**Calidad de la evidencia:** La calidad de la evidencia del metaanálisis en la que se basó esta recomendación fue muy baja para el desenlace compuesto evaluado (descendió 2 niveles por riesgo de sesgo y descendió 2 niveles por inconsistencia) (**Anexo N°10**).

**Valores y preferencias:** El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta (mortalidad y otras complicaciones) serían relevantes para los pacientes y sus familiares.

Asimismo, consideró que realizar un alta temprana iba de acuerdo con los valores y preferencias de la población, pues, desde el punto de vista del GEG-Local, la mayoría de pacientes con bajo riesgo de complicaciones en el servicio de emergencias preferiría un alta temprana en comparación con la espera y la realización de una endoscopia, que podría demorar varias horas y representaba una mayor incomodidad.

**Aceptabilidad y factibilidad:** El GEG-Local consideró que actualmente en nuestro contexto se suele dar de alta sin la realización de una endoscopia a los pacientes de HDA con bajo riesgo de complicaciones, por lo cual esta recomendación sería aceptada tanto por los médicos tratantes como por los especialistas.

El GEG-Local menciona que actualmente no se usa como estándar ningún score de valoración de riesgo, sin embargo, considera que la aplicación de un score estándar sería aceptada tanto por los médicos tratantes como por los especialistas.

**Uso de recursos:** El GEG-Local consideró que el alta temprana sin la realización de la endoscopia significaría una optimización del uso de insumos y recursos humanos en los establecimientos de salud.

El GEG-Local considera que la aplicación de la recomendación pudiera representar un costo marginal, teniendo en cuenta que el IGB y el IFR deben estar disponibles en las emergencias y en las unidades críticas que manejen a este tipo de pacientes.

**Balance entre efectos deseables e indeseables:** La evidencia muestra que el IGB con punto de corte >1 tiene una alta sensibilidad para evaluar complicaciones futuras en pacientes con HDA que acuden al servicio de emergencia.

<b>Tabla de la evidencia a la decisión</b>		
Opción: Alta temprana en pacientes con bajo riesgo de mortalidad y complicaciones		
<b>Dominios de decisión</b>	<b>Dirección</b>	<b>Juicio</b>
Beneficios y daños de las opciones	¿Los beneficios de esta opción superan los daños?	Sí
Calidad de la evidencia	¿Cuál es el nivel de calidad de la evidencia?	muerte o complicaciones: muy baja ⊕⊖⊖⊖
Valores y preferencias	¿Tenemos confianza en que los desenlaces principales son relevantes para los pacientes?	Sí
Aceptabilidad y factibilidad	¿La implementación de esta opción es aceptable y factible?	Sí
Uso de recursos	¿El uso de recursos para esta opción es aceptable?	Sí
<b>Fuerza de la recomendación: débil</b>		

**Planteamiento de puntos de buena práctica clínica:** El GEG-Local consideró que aquellos con un puntaje de cero o uno en el IGB, debido a su bajo riesgo, podrían ser dados de alta sin que necesariamente sean evaluados por un gastroenterólogo, lo cual disminuiría el tiempo que el paciente está expuesto a los servicios de emergencia. Cabe resaltar que las GPC de NICE y ESGE no presentan una definición operacional de alta temprana o alta precoz.

Adicionalmente, el GEG-Local consideró importante determinar criterios para la realización de un alta temprana post-endoscopia. Al respecto, la guía de NICE realiza un metaanálisis de estudios que usaron el índice de Full-Rockall con un puntaje ≤2, encontrando una sensibilidad de 98% para mortalidad, y de 91.9% a 100% para resangrado; por lo cual el GEG-Local acordó sugerir dar de alta tempranamente a aquellos pacientes con un puntaje ≤2 en el índice de Full-Rockall, luego de la endoscopia.

<b>Índice de Full-Rockall</b>					
<b>VARIABLES</b>		<b>PUNTAJE</b>			
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Variables pre-endoscópicas	Edad	<60	60-79	≥80	
	Shock	No shock, PAS ≥100 y pulso <100	Taquicardia: PAS ≥100 y pulso ≥100	Hipotensión: PAS <100	
	Comorbilidades	Sin comorbilidad importante		Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, cualquier comorbilidad importante	Falla renal, falla hepática, metástasis de neoplasia
Variables post-endoscópicas	Diagnóstico	Desgarro por Mallory-Weiss, no tener lesión identificada y sin signos de hemorragia reciente	Otros diagnósticos	Neoplasia maligna de tracto gastrointestinal alto	
	Signos de hemorragia reciente	Ninguno o solo punto oscuro		Sangre en tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, visible, o vaso sangrante	

**Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:**

**Recomendación:**

1. En pacientes con sospecha de HDA y un puntaje menor a dos en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos que el médico tratante indique el alta sin necesidad de realizar una endoscopia.

**Recomendación débil a favor**

**Calidad de evidencia para muerte o complicaciones: muy baja ⊕⊖⊖⊖  
(Anexo N°10)**

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. Los pacientes dados de alta sin endoscopia, serán informados sobre la posibilidad de recurrencia del sangrado y serán orientados sobre las acciones a realizar en dichos casos.
3. Los pacientes con puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford serán evaluados por el especialista gastroenterólogo, o referidos a un establecimiento que cuente con un especialista gastroenterólogo.
4. Los pacientes con puntaje menor o igual a dos en el índice de Full-Rockall pueden ser dados de alta precozmente luego de la endoscopia.