

V. Desarrollo de las preguntas y recomendaciones

Pregunta 1: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿qué criterio se puede usar para decidir el alta de emergencia sin realización de endoscopia?

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA) representa una causa importante de morbilidad, mortalidad y carga económica (34). A nivel mundial, la prevalencia de HDA es de 150 por 100 000 adultos por año, la mortalidad se halla entre 10 a 20% (35). Además, representa la emergencia médica más frecuente en gastroenterología (35).

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) (36).

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.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
1	Pacientes adultos con sospecha de HDA	Scores de riesgo para HDA: Índice de Glasgow Blatchford	Crítico: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Desarrollo de complicaciones Importante: <ul style="list-style-type: none"> • Valor predictivo positivo • Valor predictivo negativo Subrogado: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad • Especificidad

Búsqueda de RS y resumen de la evidencia:

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

NICE (2012, actualizada 2016)	ESGE-HDA (2015)
Utilice los siguientes scores formales de evaluación de riesgo para todos los pacientes con HDA: el Score de Blatchford como primera valoración, y el Score de Rockall completo después de la endoscopia. Considere el alta precoz a pacientes con una puntuación pre-endoscópica de Blatchford de 0.	ESGE recomienda el uso del Índice de Glasgow-Blatchford (IGB) para la estratificación del riesgo preendoscopia. Los pacientes con un puntaje de IGB de 0 a 1 tienen muy bajo riesgo, por lo cual no requieren endoscopia temprana ni hospitalización. Se debe informar al paciente de alta sobre el riesgo de sangrado recurrente y se le aconseja mantener contacto con el establecimiento de salud.

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 RS que evalúan necesidad de intervención, mortalidad y resangrado:

- La RS 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 RS 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 RS 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 GPC (NICE y ESGE), la decisión referente al punto de corte fue tomada por opinión de expertos.

Se actualizó la búsqueda que realizó la GPC 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 RS sobre el tema, encontrando una RS publicada el 2016 por **Ramaekers et al (37)**, 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; resangrado; 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 (**Anexo N° 3**), que cual lo califica como aceptable para su uso para la formulación de recomendaciones en GPC según la Metodología para la de documento técnico elaboración guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Perú (20); por lo cual fue usada como evidencia para la formulación de recomendaciones para esta pregunta.

- En dicha RS 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; resangrado; o necesidad de intervención: transfusión, angiografía, endoscopia o cirugía).

En abril del 2024 se realizó una actualización de la búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), encontrándose una nueva RS (**Boustany 2023 (1)**).

La RS de Boustany 2023 realizó MA de estudios observacionales (cohortes). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población** fueron pacientes que se presentan a Emergencias con sospecha de HDA
- El **escenario clínico** fue hospitalario.

- La **intervención** fue pacientes de bajo riesgo según el IGB pre-endoscópico ≤ 1 .
- El **comparador** fue pacientes que no son de bajo riesgo según un IGB > 1 .
- Los **desenlaces evaluados** fueron mortalidad y necesidad de intervención hospitalaria (terapia endoscópica, cirugía, angiografía, o transfusión sanguínea) en un tiempo de seguimiento de hasta 30 días desde el episodio inicial de sangrado:
 - El MA de necesidad de intervención incluyó 1 estudio (n= 569 pacientes), y encontró que todo el grupo de pacientes de bajo riesgo no tuvo necesidad de intervención en comparación con el grupo de no bajo riesgo (OR: 0.00, IC95%: 0.00 – 0.02).
 - El MA de mortalidad incluyó 9 estudios (n= 5607 pacientes), y encontró que el odds de mortalidad del grupo de pacientes de bajo riesgo fue 94% menor que el odds del grupo de no bajo riesgo (OR: 0.06, IC95%: 0.02 – 0.20).

Tras discutirlo con el GEG, se concluyó que la nueva evidencia no cambiaría la dirección de la recomendación, por lo cual no se realizaron cambios al texto de desarrollo de la pregunta.

Evaluación de la certeza de la evidencia según GRADE

Se graduó la evidencia utilizando el sistema GRADE (**Anexo N° 4**).

Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

1. Beneficios y daños de las opciones:

El GEG 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 RS 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 con estas cifras, el GEG evaluó los riesgos y beneficios de los distintos puntos de corte, y finalmente consideró que el punto de corte > 2 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.

2. **Certeza de la evidencia:** La certeza de la evidencia del metaanálisis de la RS 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° 4**).

3. **Valores y preferencias:** El GEG 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, la mayoría de los 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.

4. **Aceptabilidad y factibilidad:** El GEG 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 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.

5. **Uso de recursos:** El GEG 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 considera que la aplicación de la recomendación pudiera representar un costo marginal, teniendo en cuenta que el IGB y el Índice de Full-Rockall (IFR) deben estar disponibles en las emergencias y en las unidades críticas que manejen a este tipo de pacientes.

6. **Balace entre efectos deseables e indeseables:** La evidencia muestra que el IGB con punto de corte >2 tiene una alta sensibilidad para evaluar complicaciones futuras en pacientes con HDA que acuden al servicio de emergencia.

Tabla de la evidencia a la decisión		
Opción: Alta temprana en pacientes con bajo riesgo de mortalidad y complicaciones		
Dominios de decisión	Dirección	Juicio
Beneficios y daños de las opciones	¿Los beneficios de esta opción superan los daños?	Sí
Certeza de la evidencia	¿Cuál es el nivel de certeza 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
Fuerza de la recomendación: condicional		

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación																																																		
<p>Dirección: En adultos con sospecha de HDA y un puntaje de uno o menos en el Índice de Glasgow-Blatchford, los beneficios de dar un alta (identificación de pacientes de bajo riesgo) sin realizar endoscopia en lugar no dar alta superaban a los potenciales daños (intervenciones innecesarias, estadía hospitalaria prolongada, exposición a infección por microorganismos hospitalarios). Además, este punto de corte tendría una alta sensibilidad que identificaría a casi todos los pacientes que acuden al servicio de emergencia en riesgo real de complicaciones. Esto reduciría el riesgo de pasar por alto a pacientes que podrían deteriorarse rápidamente si no reciben tratamiento.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación a favor del alta temprana en pacientes un puntaje de uno o menos en el Índice de Glasgow-Blatchford.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes adultos con sospecha de HDA y un puntaje de uno o menos en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos que el médico tratante* indique el alta sin necesidad de realizar una endoscopia.</p> <p>* Médico que atiende inicialmente al paciente y se encarga de gestionar la atención.</p> <p>Tabla N° 1. Índice de Glasgow-Blatchford para evaluar el riesgo de complicaciones en los pacientes con sospecha de HDA que acuden al servicio de Emergencia</p> <table border="1" data-bbox="794 775 1353 1671"> <thead> <tr> <th colspan="2">Índice de Glasgow-Blatchford</th> </tr> <tr> <th>Marcador de riesgo al ingreso</th> <th>Puntaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Urea en sangre (mmol/L)</td> </tr> <tr> <td>≥ 6.5 a < 8.0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>≥ 8.0 a < 10.0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>≥ 10.0 a < 25</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>≥ 25</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hemoglobina (g/dL) para varones</td> </tr> <tr> <td>≥ 12.0 a < 13.0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>≥ 10.0 a < 12.0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>< 10.0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hemoglobina (g/dL) para mujeres</td> </tr> <tr> <td>≥ 10.0 a < 12.0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>< 10.0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Presión arterial sistólica (mmHg)</td> </tr> <tr> <td>100 a 109</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>90 a 99</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>< 90</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Otros marcadores</td> </tr> <tr> <td>Pulso ≥100 latidos/minuto</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Paciente con melena</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Paciente con síncope</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad hepática</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardiaca</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Suma de puntajes:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Cassana A, Scialom S, Segura ER, Chacaltana A. Validation of the Glasgow-Blatchford Scoring System to predict mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding in a hospital of Lima, Peru (June 2012-December 2013). Rev Esp Enferm Dig. 2015; 107(8): 476-482.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○</p>	Índice de Glasgow-Blatchford		Marcador de riesgo al ingreso	Puntaje	Urea en sangre (mmol/L)		≥ 6.5 a < 8.0	2	≥ 8.0 a < 10.0	3	≥ 10.0 a < 25	4	≥ 25	6	Hemoglobina (g/dL) para varones		≥ 12.0 a < 13.0	1	≥ 10.0 a < 12.0	3	< 10.0	6	Hemoglobina (g/dL) para mujeres		≥ 10.0 a < 12.0	1	< 10.0	6	Presión arterial sistólica (mmHg)		100 a 109	1	90 a 99	2	< 90	3	Otros marcadores		Pulso ≥100 latidos/minuto	1	Paciente con melena	1	Paciente con síncope	2	Enfermedad hepática	2	Insuficiencia cardiaca	2	Suma de puntajes:	
Índice de Glasgow-Blatchford																																																			
Marcador de riesgo al ingreso	Puntaje																																																		
Urea en sangre (mmol/L)																																																			
≥ 6.5 a < 8.0	2																																																		
≥ 8.0 a < 10.0	3																																																		
≥ 10.0 a < 25	4																																																		
≥ 25	6																																																		
Hemoglobina (g/dL) para varones																																																			
≥ 12.0 a < 13.0	1																																																		
≥ 10.0 a < 12.0	3																																																		
< 10.0	6																																																		
Hemoglobina (g/dL) para mujeres																																																			
≥ 10.0 a < 12.0	1																																																		
< 10.0	6																																																		
Presión arterial sistólica (mmHg)																																																			
100 a 109	1																																																		
90 a 99	2																																																		
< 90	3																																																		
Otros marcadores																																																			
Pulso ≥100 latidos/minuto	1																																																		
Paciente con melena	1																																																		
Paciente con síncope	2																																																		
Enfermedad hepática	2																																																		
Insuficiencia cardiaca	2																																																		
Suma de puntajes:																																																			

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
<p>El GEG consideró que al no realizarse una endoscopia antes del alta, es esencial que los pacientes sean conscientes de que existe la posibilidad de recurrencia del sangrado. Informarles sobre esta posibilidad y orientarlos adecuadamente sobre las acciones a seguir en caso de recurrencia es crucial para prevenir complicaciones graves y potencialmente mortales.</p> <p>Además, el GEG indicó que el seguimiento ambulatorio a través de consultorio externo se convierte en una estrategia clave para asegurar el manejo adecuado del paciente ya que permite monitorizar la evolución del paciente y no se pierdan luego del alta hospitalaria, permitiendo una evaluación continua y la intervención en caso de detectar signos de alarma.</p>	<p>Se debe informar a los pacientes dados de alta sin endoscopia sobre la posibilidad de recurrencia del sangrado y orientar sobre las acciones a realizar en dichos casos. De ser pertinente, citarlos por consultorio externo.</p>
<p>El GEG 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.</p> <p>Cabe resaltar que las GPC de NICE (21) y ESGE (38) no presentan una definición operacional de alta temprana o alta precoz.</p>	<p>Los pacientes con puntaje mayor a uno en el Índice de Glasgow-Blatchford deben ser evaluados por el especialista gastroenterólogo, o referidos a un establecimiento que cuente con un especialista gastroenterólogo.</p>
<p>El GEG consideró importante determinar criterios para la realización de un alta temprana post-endoscopia. Al respecto, la GPC de NICE (21) realizó una RS 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</p>	<p>Luego de la endoscopia, los pacientes adultos con HDA y un puntaje de dos o menos en el índice de Full-Rockall pueden ser dados de alta precozmente.</p>

100% para resangrado; por lo cual el GEG acordó sugerir dar de alta tempranamente a aquellos pacientes con un puntaje ≤ 2 en el índice de Full-Rockall, luego de la endoscopia.

Tabla N° 2. Índice de Full-Rockall para evaluar la severidad en los pacientes hospitalizados por HDA que han recibido una endoscopia.

Índice de Full-Rockall					
Variables		Puntaje			
		0	1	2	3
Variables pre-endoscópicas	Edad	<60	60-79	≥ 80	
	Shock	No shock, PAS ≥ 100 mmHg y pulso < 100 /min	Taquicardia: PAS ≥ 100 mmHg y pulso ≥ 100 /min	Hipotensión: PAS < 100 mmHg	-
	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	-