

## **ESCALA FORREST: ESTRATIFICACION Y MANEJO DEL RIESGO SEGÚN HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ULCEROSA.**

Ignacio Ramil Freán

Medicina Interna –CHUAC (Complejo Hospitalario Universitario A Coruña). 2010

### DESCRIPCIÓN:

Escala nacida en 1974, a partir del artículo publicado en *The Lancet* (1), con objetivo de describir hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado digestivo relacionado con patología ulcerosa. En 1994 se publica en *NEJM* la correlación establecida entre los hallazgos endoscópicos citados por Forrest y estratificación en diversos grupos de riesgo.

### CLASIFICACION DE FORREST Y ESTRATIFICACION DEL RIESGO:

<b>CLASIFICACION DE FORREST</b>		
<b>Clasificación</b>	<b>Hallazgo Endoscópico</b>	<b>Recidiva</b>
<b>Hemorragia activa</b>		
Ia	Hemorragia en Jet (Chorro)	55%
Ib	Hemorragia en babeo	
<b>Hemorragia reciente</b>		
IIa	Vaso visible	43%
IIb	Coagulo adherido	22%
IIc	Punto de Hematina	7%
<b>Ausencia de signos de sangrado</b>		
III	Base de fibrina	2%

### MANEJO ACTUAL EN FUNCION GRUPOS DE RIESGO: (3)

**- GRUPO IIC/ III- BAJO RIESGO:** Inicio de alimentación tras endoscopia y alta precoz. La alimentación no aumenta el riesgo de recidiva hemorrágica, pero se considera prudente mantener dieta líquida por si fuera necesario realizar nueva endoscopia o cirugía. (3,4).

**- RESTO DE GRUPOS:** Riesgo Moderado/alto de recidiva: Se recomienda que los pacientes de alto riesgo por criterios endoscópicos **permanezcan hospitalizados al menos 72h** (Tiempo considerado para paso de lesión de alto riesgo a una de bajo riesgo). **El 60–76% de las recidivas lo hacen dentro de las primeras 72h** (3).

Los pacientes en los que fracasa el tratamiento endoscópico inicial deben ser consultados con el cirujano de manera precoz (el 6,5% de hemorragias persistentes o recidivas hemorrágicas acaban requiriendo cirugía). La **Embolización arterial percutánea parece segura y puede ser eficaz para controlar la hemorragia en pacientes de alto riesgo quirúrgico** sin objetivarse diferencias en las tasas de recidiva hemorrágica, morbilidad o mortalidad entre embolización y cirugía (5).

## COMENTARIOS:

1-.) Existencia de **variabilidad inter-observador** en la identificación de estigmas endoscópicos. Por esto, **la clasificación de Forrest no debe ser utilizada en solitario para la toma de decisiones**. La identificación lesiones con estigmas de bajo riesgo en pacientes con evidencia de sangrado alto grave (compromiso hemodinámico, hematemesis, hematoquecia, Anemización severa), debe hacer pensar que la evaluación endoscópica no ha sido la correcta, o bien, existencia de otro foco de sangrado digestivo posterior a duodeno.

## BIBLIOGRAFÍA:

1-.) John A. H. Forrest, N. D. C. Finlayson, D. J. C. Shearman, Endoscopy in gastrointestinal bleeding, *The Lancet*, Volume 304, 1974, Pages 394-97.

2-.) Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331:717-27.

3-.) A. Lanás et al; Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por ulcera péptica; *Medicina Clínica (Barc)*.2010;135(13):608–616

4-.) LaineL, CohenH, BrodheadJ, CantorD, García F, Mosquera M. Prospective evaluation of immediate versus delayed refeeding and prognostic value of endoscopy inpatients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology*. 1992; 102: 314–6.

5-.) Ripoll C, Banares R, Beceiro I, Menchen P, Catalina MV, Echenagusia A, et al. Comparison of transcatheter arterial embolization and surgery for treatment of bleeding peptic ulcer after endoscopic treatment failure. *J Vasc Interv Radiol*. 2004; 15:447–50.