



92 - ¿PODEMOS REDUCIR LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA? APLICACIÓN DE DOS ESCALAS PARA LA PREDICCIÓN DE ALTA SEGURA EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

L. González-González¹, I. Iborra¹, M. Fortuny¹, A. Calm¹, F. Cañete^{1,2}, M. Calafat^{1,2}, M. Mañosa^{1,2} y E. Domènech^{1,2}

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²CIBEREHD.

Resumen

Introducción: La incidencia de hemorragia digestiva baja (HDB) está aumentando en relación con el envejecimiento de la población y representa el 20-30% de todos los episodios de hemorragia gastrointestinal. El 80-90% de las HDB se autolimitan sin necesidad de intervención, pero el ingreso hospitalario puede ser causa de morbilidad no relacionada con la propia HDB en pacientes de edad avanzada. Recientemente se han desarrollado dos escalas que permiten predecir el “alta segura” desde urgencias, es decir, que permitirían identificar aquellos pacientes que pueden ser estudiados de forma ambulatoria sin riesgo para su salud.

Objetivos: Evaluar, con dos escalas, la proporción de pacientes ingresados por HDB que podrían haber sido dados de alta “de forma segura” evitando su ingreso.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los ingresos hospitalarios por HDB entre junio de 2014 y junio de 2019 en un centro de tercer nivel. Se excluyeron aquellos derivados al centro por terciarismo y en los que el motivo de ingreso no fue la HDB. Se definió como “alta segura” el cumplimiento de todos los criterios siguientes: 1) no requerir transfusión de concentrados de hematíes, 2) no requerir tratamiento hemostático (endoscópico, radiológico o quirúrgico), 3) no presentar recidiva hemorrágica, 4) no consultar nuevamente por HDB en los 28 días posteriores al alta y 5) no ser *exitus* durante el ingreso.

Resultados: Se identificaron 595 ingresos por HDB de los que se incluyeron 398 episodios. La etiología más frecuente fue la diverticular (53%). El 54% cumplían criterios de “alta segura”, mientras que requirieron transfusión el 42%, tratamiento hemostático 8,5%, y presentaron recidiva 3%, nueva consulta posalta por HDB 15,5% y *exitus* 0,9%. El índice de Oakland ≤ 8 puntos fue el que mostró la mayor especificidad y valor predictivo positivo (VPP) (ambos del 100%), mientras que el índice de Oakland de ≤ 10 puntos (especificidad del 96,7% y VPP del 45,6%) y el índice de SHA2PE (especificidad del 94,6% y VPP 89,1%) se mostraron menos útiles. Aplicando los índices de Oakland ≤ 8 puntos, de Oakland ≤ 10 puntos y de SHA2PE ≤ 1 punto se hubieran evitado 9, 42 y 89 ingresos en 5 años respectivamente, asumiendo un 12% y un 11% de altas “no seguras” con los dos últimos índices.

Conclusiones: Con los criterios actuales de ingreso, aproximadamente la mitad de los pacientes cumplen criterios de “alta segura”. Pese a ello, los índices disponibles solo permiten identificar una

pequeña proporción de estos.