

Manejo de la hemorragia digestiva baja en la unidad de corta estancia

CESÁREO FERNÁNDEZ ALONSO¹, ERIC JORGE GARCÍA LAMBERECHTS¹, MANUEL FUENTES FERRER², DAVID CHAPARRO¹, RAFAEL CUERVO PINTO¹, PEDRO VILLARROEL ELIPE¹, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ-FARRÉ³, JOSÉ MIGUEL ESTEBAN⁴, JUAN GONZÁLEZ DEL CASTILLO¹, JUAN JOSÉ GONZÁLEZ ARMENGOL¹, FRANCISCO JAVIER MARTÍN-SÁNCHEZ¹

¹Servicio de Urgencias. ²Servicio de Medicina Preventiva. ³Coordinación de Investigación. ⁴Servicio de Endoscopias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Francisco Javier Martín-Sánchez
Servicio de Urgencias
Hospital Clínico San Carlos
Calle Profesor Martín-Lagos, s/n
28040 Madrid, España
E-mail: fjims@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

4-1-2010

FECHA DE ACEPTACIÓN:

14-2-2010

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

A todos los miembros del Servicio de Urgencias y de los Servicios Centrales que con su colaboración conjunta han conseguido el rendimiento de la Unidad de Corta Estancia. Financiado parcialmente por el Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (redes temáticas de cooperación Red Heracles RD 06/0009).

Objetivos: Describir el perfil del paciente con hemorragia digestiva baja (HDB) que ingresa en la unidad de corta estancia (UCE) y determinar los factores pronósticos de ingreso en una planta convencional.

Método: Estudio retrospectivo de serie de casos que seleccionó a todos aquellos pacientes con HDB ingresados en UCE del Hospital Clínico San Carlos desde 1 de enero a 31 de diciembre de 2008. Se recogieron datos obtenidos de informes de alta que incluyeron variables demográficas y clínicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, diagnóstico definitivo, mortalidad hospitalaria, estancia y ubicación definitiva. Identificaron dos grupos en función de la probabilidad de ingreso (alta probabilidad: cáncer de colon, colitis y desconocida; baja probabilidad: patología ano-rectal, divertículos y angiodisplasia). Se realizó un modelo de regresión logística con el fin de identificar aquellas variables que se asociaron independientemente con probabilidad de ingreso en planta.

Resultados: Se analizaron 177 pacientes, 50,8% mujeres, con edad media de 70,5 (DE17,0) años, 66 pacientes (37%) de alta probabilidad de ingreso. El diagnóstico definitivo más frecuente fue hemorroides internas (35,0%). La estancia mediana fue de 2,0 días (RIQ1,0-3,0). El destino final más frecuente fue el domicilio (71,2%). Los factores de ingreso en el análisis univariado (Grupo 1 vs 2): hematoquecia (24,6% vs 9,1%, $p = 0,05$), dolor abdominal (49,2% vs 21,8%, $p < 0,0001$), taquicardia (22,2% vs 9,1%, $p = 0,022$), tomografía computarizada (14,5% vs 3,7%, $p = 0,015$), leucocitos (9.871,4/ μ l vs 8.280,0/ μ l, $p = 0,006$), cirugía precoz (14,8% vs 0,0%, $p < 0,0001$) y antibiótico (37,7% vs 3,7%, $p < 0,0001$). Los factores de probabilidad de ingreso tras análisis multivariante fueron: dolor abdominal [OR 2,37 intervalo de confianza (IC) del 95% (1,4-5,0), $p = 0,025$] y fiebre [OR 3,68 IC95% (1-13,7); $p = 0,042$].

Conclusiones: La UCE podría ser una unidad de alta resolución diagnóstica para pacientes con un perfil determinado de HDB, y es una alternativa y complemento a otras unidades de hospitalización convencional. [Emergencias 2010;22:269-274]

Palabras clave: Unidad de corta estancia. Urgencias. Hemorragia digestiva baja. Rectorragia.

Introducción

La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como el sangrado originado tras el ligamento de Treitz y es la responsable del 20-25% de las hemorragias digestivas¹. Se calcula que 3 de cada 7 personas sufrirán esta enfermedad a lo largo de su vida², y es una causa frecuente de consulta e ingreso en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)³. Es generalmente autolimitada^{4,5} y presenta una mortalidad inferior al 5%⁶. Su presentación

clínica es variable y depende de la cantidad de sangre perdida. El espectro clínico puede ir desde una pequeña cantidad de sangre en el papel higiénico asociado con heces marrones bien formadas hasta el sangrado masivo que amenaza la vida. Las etiologías más frecuentes son la enfermedad diverticular, las malformaciones vasculares y la patología ano-rectal^{4,5,7}. En la actualidad la prueba diagnóstica y terapéutica de elección es la endoscopia⁸. La colonoscopia precoz ha demostrado mayor rendimiento diagnóstico y te-

rapéutico^{9,10} que la diferida^{11,12}, y condiciona un menor tiempo de estancia hospitalaria^{9,13}.

Existe una gran variabilidad de manejo de la HDB en los diferentes hospitales en lo que respecta al lugar de hospitalización¹⁴. Además, en los últimos años se han ido desarrollado diferentes unidades alternativas a la hospitalización convencional, entre las que destacan las unidades de corta estancia (UCE)^{3,15}. Dichas unidades generalmente vinculadas a urgencias permiten la realización de endoscopias de manera precoz, lo cual permitiría estratificar el riesgo de las lesiones y el tratamiento inmediato, y por tanto definir la ubicación definitiva más adecuada. En estudios previos se ha demostrado que las UCE son unidades de alta resolución que disminuyen el tiempo de estancia y mantienen al menos igual perfil de seguridad y satisfacción del paciente respecto de unidades convencionales de hospitalización¹⁶.

Hasta el momento no hemos encontrado referencias bibliográficas sobre el manejo de la HDB en la UCE. Por ello, realizamos un estudio con los siguientes objetivos: en primer lugar describir el perfil del paciente con HDB que ingresa en una UCE junto al manejo diagnóstico-clínico realizado y en segundo lugar determinar los factores asociados con una mayor probabilidad de traslado a una planta médica o quirúrgica convencional tras el ingreso en la UCE.

Método

Se diseñó un estudio retrospectivo de una serie de casos. Se seleccionaron a todos aquellos pacientes con diagnóstico de HDB ingresados en la UCE del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2008.

Los criterios generales de ingreso de HDB en la UCE son: ser mayor de 60 años, tener alta comorbilidad, tomar antitrombóticos o existir una hemorragia en cantidad significativa. Los criterios de exclusión son la presencia de inestabilidad hemodinámica o la evidencia de hemorragia activa masiva.

El HCSC es un hospital universitario terciario localizado en la provincia de Madrid que atiende a una población aproximada a 600.000 personas, con una media de visitas diarias entre 400-600 pacientes y un número de ingresos de 25.000 al año. Desde mayo de 2002 el HCSC cuenta con una UCE adscrita al servicio de urgencias. De esta forma se ofrece una atención continuada (las 24 horas del día y todos los días del año incluyendo festivos) que alcanza una rotación enfermo/cama

mayor que el resto de la unidades de hospitalización. Los criterios de ingreso se establecieron según GRD con estancia media adecuada inferior a 72 horas.

Se diseñó un protocolo para recogida de datos obtenidos de los informes de alta. Se incluyeron variables de la historia clínica de urgencias y del ingreso en la UCE. Se obtuvieron los datos demográficos (edad y sexo), antecedentes personales (hemorragia digestiva o radioterapia previa, tratamiento con antiagregantes, anti-inflamatorios o anticoagulantes y la comorbilidad según índice de Charlson), motivo de consulta (melenas, hematoquecia o rectorragia) y signos de la exploración física (dolor abdominal, fiebre, hipotensión, taquicardia y confusión o alteración del nivel de conciencia). Durante el ingreso en UCE se registraron variables diagnósticas (análisis de sangre, colonoscopia, tomografía computerizada abdominal y arteriografía) y terapéuticas (transfusión de concentrado de hemáties, antibiótico, tratamiento endoscópico o cirugía urgente o programada). Finalmente, se recogieron variables de resultado como el diagnóstico definitivo, la mortalidad durante el ingreso, la estancia media y la ubicación definitiva (alta a domicilio o ingreso en unidad de hospitalización convencional de medicina o cirugía).

Respecto al análisis estadístico descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y la media con desviación estándar o la mediana y rango intercuartil (RIQ) en el caso que no se distribuyan de manera normal para las cuantitativas. Tras el análisis descriptivo se establecieron dos grupos, en función del diagnóstico definitivo y la probabilidad de traslado a una planta de hospitalización convencional desde la UCE. Se consideró patología de alta probabilidad de traslado (Grupo 1) los procesos con un porcentaje de traslado interno que superaron los límites de los estándares de calidad publicados de la UCE ($\geq 30\%$)^{3,15,17}, y de baja probabilidad de traslado lo contrario (Grupo 2). Las comparaciones de medias entre los dos grupos de riesgo se realizaron mediante el test de la t de Student o la prueba no paramétrica de la mediana. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 , o con la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de las frecuencias esperadas fueran menores de 5. Se ajustó un modelo de regresión logística con el objeto de identificar aquellas variables que se asocian de manera independiente con el grupo de mayor probabilidad de traslado (Grupo 1). En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error

de tipo I o error α menor a 0,05. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados

Se analizó una muestra de 177 pacientes, de los cuales 90 (50,8%) fueron mujeres, la edad media fue de 70,5 (DE 17,0) años. Los principales antecedentes personales fueron: 60 (35,1%) cirugía abdominal, 39 (22,8%) hemorragia digestiva previa y 18 (10,6%) radioterapia abdominal. La mediana de comorbilidad según el índice de Charlson fue de 2 (RIQ: 1-4). Respecto al tratamiento habitual, 44 (30,3%) recibían tratamiento antiagregante o anti-inflamatorio y 38 (21,5%) anticoagulantes.

Los motivos de consulta al SUH fueron: 136 (77,7%) rectorragia, 28 (14,9%) hematoquecia y 13 (7,4%) melenas. Además 55 (31,8%) presentaban dolor abdominal, 24 (13,9%) taquicardia, 15 (8,9%) fiebre, 14 (8,1%) hipotensión arterial y 11 (6,6%) alteración del nivel de conciencia.

En lo referente a pruebas complementarias, se realizó análisis de sangre en 177 (100%) pacientes, cuyos valores fueron: hemoglobina 12,5 g/dL (DE 2,8), creatinina 1,2 mg/dL (DE 0,6), urea 48,9 mg/dL (DE 19,9), sodio 138,3 mmol/L (DE 3,9), potasio 4,21 mmol/L (DE 0,5), leucocitos 8.939,5/ μ L (DE 3.295,4), plaquetas 256.130/ μ L (DE 109.891), INR 1,0 (RIQ 1,0-1,2) y proteína C reactiva 1,1 mg/dL (RIQ 0,2-3,1), TTPA 31,3 segundos (DE 1,9), pH 7,4 (DE 0,2), amilasa 55,9 U/L (DE 22,8) y LDH 457,4 U/L (DE 216,1). Otras pruebas complementarias realizadas fueron: 155 (90,1%) colonoscopias, 16 (9,5%) gastroscopias y 13 (7,6%) tomografía computerizada (TC). No se realizó ninguna arteriografía.

En cuanto al tratamiento, 34 (19,9%) recibieron transfusión de concentrados de hemáties, 27 (16,0%) antibióticos, 18 (10,5%) tratamiento endoscópico y 9 (5,3%) cirugía programada.

Los diagnósticos definitivos fueron: 62 (35,0%) hemorroides internas, 24 (13,6%) diverticulosis, 19 (10,7%) colitis isquémica, 18 (10,2%) cáncer de colon, 16 (9,0%) desconocido, 11 (6,2%) rectitis actínica, 8 (4,5%) colitis infecciosa, 7 (4,0%) angiodisplasia de colon, 5 (2,8%) enfermedad inflamatoria intestinal, 5 (2,8%) úlcera-fisura anorrectal y 2 (1,1%) pólipos de colon. Del total de aquéllos con etiología desconocida, en 9 (56%) de los pacientes el estudio se demoró hasta su traslado a planta de hospitalización convencional por haber sufrido alguna complicación durante su estancia

en UCE (5 pacientes) o se decidió el estudio ambulatorio dada la estabilidad clínica (4 pacientes).

La estancia mediana fue de 2,0 días (RIQ 1,0-3,0). No hubo ningún fallecimiento durante la estancia en la UCE. El destino final de los pacientes de la UCE fue alta a domicilio en 126 (71,2%), de los que el 15,8% fue en fines de semana y festivos y en 51 (28,8%) traslado a hospitalización convencional, de los cuales 16 (9,0%) a cirugía y 35 (19,8%) a medicina.

Los procesos englobados en el Grupo 1 (elevada probabilidad de traslado a planta de hospitalización convencional) fueron el cáncer de colon, la colitis (isquémica, inflamatoria e infecciosa) y la etiología desconocida. El Grupo 2 (baja probabilidad de traslado) incluyó la patología ano-rectal, la diverticulosis y la angiodisplasia (Figura 1). El análisis comparativo de ambos grupos muestra como factores asociados a la necesidad de traslado a planta convencional la presencia de hematoquecia, dolor abdominal, fiebre, mayor cifra de leucocitos y taquicardia al ingreso junto con la mayor solicitud de TC de abdomen y el empleo de antibióticos. La presencia de rectorragia, la realización de colonoscopia y el tratamiento endoscópico se presentaron como factores asociados al Grupo 2 (Tablas 1 y 2). La única patología que presentó asociación con la necesidad de cirugía fue el cáncer de colon, de los cuales el 86,7% se trasladaron desde la UCE a la planta de cirugía general, y se realizó cirugía precoz (< 72 horas) en el 52,9%. En el análisis multivariante, se introdujeron aquellas variables clínicas (motivo de consulta, dolor abdominal, fiebre y taquicardia) y de laboratorio (nivel de leucocitos) al ingreso que en el análisis univariado presentaron un nivel de significación estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Los factores que se asociaron de manera independiente con el Grupo 1 fueron el dolor abdominal, y la fiebre (Tabla 3).

Discusión

El presente trabajo documenta que la HDB es una patología que ocasiona un número significativo de ingresos en urgencias, y que la UCE podría ser una unidad de hospitalización alternativa en un determinado perfil de pacientes, ya que permitió la resolución diagnóstica en nueve de cada diez casos con una estancia mediana de 2 días.

El perfil clínico del paciente con HDB que ingresó en la UCE es similar al observado en otros estudios, es decir, el de un paciente de edad avanzada con determinados factores de riesgo co-

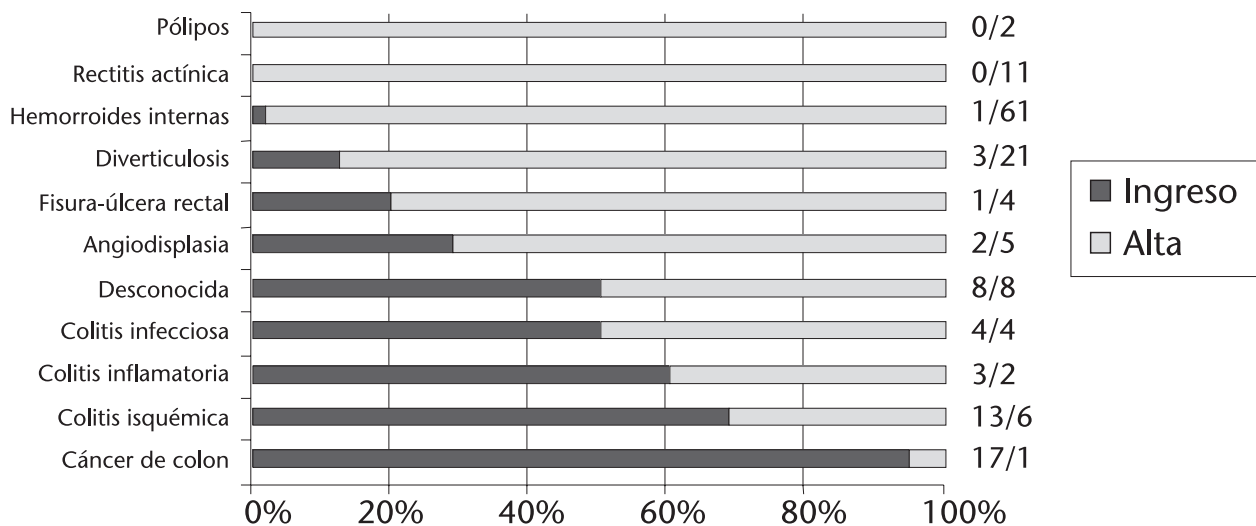


Figura 1. Destino final en porcentaje según los diagnósticos definitivos. A la derecha se muestra el valor absoluto de casos (ingresos/altas).

mo la comorbilidad y el tratamiento antitrombótico^{5,6,13,18,19}. Destacar de nuestra serie la predilección por el sexo femenino a diferencia de lo conocido²⁰ y el alto porcentaje de pacientes con tratamiento anticoagulante (21,5%) y antiinflamatorio o antiagregante (30,3%) comparado con otro estudio reciente en urgencias que alcanzaba el 7%, y 22% respectivamente⁴. Esto puede estar justificado por la edad y el incremento de la patología cardiovascular en este grupo poblacional.

La etiología subyacente más frecuente fue la patología ano-rectal. Esto difiere con series anteriormente publicadas donde era la diverticulosis y

en segundo lugar las hemorroides^{4,6,12,21}. La patología ano-rectal se ha descrito como la causa más frecuente de HDB en la población ambulatoria²⁰. Dichos datos pueden reflejar la utilización de los SUH para resolución de la demora en la realización de estudios diagnósticos ambulatorios²².

La prueba más utilizada para alcanzar el diagnóstico definitivo fue la colonoscopia. El rendimiento diagnóstico global en nuestro estudio fue aproximadamente del 90%. Nuestro trabajo avala a otros estudios que versan sobre la utilidad de la colonoscopia precoz como una prueba de gran utilidad diagnóstica en la HDB^{1,11-13}. Detallar que en nuestra serie se realizó un bajo porcentaje de TC (9,5%) y ninguna arteriografía probablemente por el criterio de selección de los pacientes al ingreso en la UCE, que incluyen la exclusión de los sujetos con inestabilidad hemodinámica o hemorragia masiva, que son donde la arteriografía ha demostrado la mayor utilidad²⁰.

La HDB como en el resto de estudios se resolvió espontáneamente en la mayoría de los casos²⁴. En un número limitado de ocasiones fue necesario el tratamiento local con técnicas endoscópicas (10,5%), principalmente en las patologías englobadas en el Grupo 2 (baja probabilidad de traslado interno). Este porcentaje es mayor que en series previas, pero justifica el desarrollo diagnóstico y terapéutico que esta técnica ha experimentado en las últimas 2 décadas⁴. La necesidad de cirugía precoz fue relativamente baja (5,3%) probablemente por el sesgo de selección de la población a estudio.

Además, con el fin de mejorar la ubicación definitiva desde el momento inicial de la atención en urgencias, se analizaron aquellas variables clínicas

Tabla 1. Análisis univariado de la probabilidad de traslado a planta de hospitalización convencional desde la unidad de corta estancia (UCE) según diferentes variables al ingreso

Variables en Urgencias	Grupo 1 (n = 66)	Grupo 2 (n = 111)	p
Sexo (mujer) (n, %)	36 (54,5)	54 (48,6)	ns
Edad (media, DE)	72,0 (15,9)	69,6 (17,7)	ns
Antecedentes			
Cirugía previa (n, %)	20 (32,8)	40 (36,4)	ns
Hemorragia digestiva (n, %)	12 (19,7)	27 (24,5)	ns
Radioterapia (n, %)	4 (6,7)	14 (12,7)	ns
Comorbilidad de Charlson (mediana, RIQ)	2 (1-4)	2 (1-4)	ns
AAS/AINES (n, %)	18 (35,3)	25 (26,0)	ns
Anticoagulación (n, %)	8 (15,7)	23 (24,0)	ns
Tipo de sangrado (n, %)			< 0,05
Melenas	5 (7,7)	8 (7,3)	
Hematoquecia	16 (24,6)	10 (9,1)	
Rectorragia	44 (67,7)	92 (83,6)	
Aspectos clínicos en urgencias			
Dolor abdominal (n, %)	31 (49,2)	24 (21,8)	< 0,001
Fiebre (n, %)	11 (17,7)	4 (3,8)	< 0,01
Hipotensión (n, %)	8 (12,7)	6 (5,5)	ns
Taquicardia (n, %)	14 (22,2)	10 (9,1)	< 0,05
Confusión (n, %)	6 (10,2)	5 (4,7)	ns

*ns: no significativa. AAS: ácido acetil salicílico; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; DE: derivación estándar, RIQ: rango intercuartil.

Tabla 2. Análisis univariado de la probabilidad de traslado a planta de hospitalización convencional desde la unidad de corta estancia (UCE) según diferentes variables durante el ingreso

VARIABLES DURANTE EL INGRESO	GRUPO 1 (n = 66)	GRUPO 2 (n = 111)	P
Pruebas complementarias			
TC abdomen (n, %)	9 (14,5)	4 (3,7)	< 0,05
Gastroscofia (n, %)	4 (6,5)	12 (11,2)	NS
Colonoscopia (n, %)	49 (79,0)	106 (96,4)	0,001
Leucocitos (x µL) (media, DE)	9.871 (3.335)	8.410 (3.167)	0,0,01
Hemoglobina (g/dL) (media, DE)	12,2 (2,8)	12,6 (2,8)	ns
Urea (mL/dL) (media, DE)	51,0 (26,3)	47,8 (31,9)	ns
Sodio (mmol/L) (media, DE)	137,8 (4,0)	138,7 (3,9)	ns
Potasio (mmol/L)(media, DE)	4,2 (0,5)	4,2 (0,6)	ns
PCR (mg/dL)(media, DE)	2,1 (0,6-7,1)	0,5 (0,2-1,8)	ns
Plaquetas (x µL)(media, DE)	271.000 (91.000)	248.000 (118.000)	ns
Amilasa (v/L) (media, DE)	53,4(20,8)	57,9 (24,8)	ns
LDH (v/L) (media, DE)	476,9 (260,4)	444,9 (184,9)	ns
Tratamiento			
Cirugía programada (n, %)	9 (14,8)	0 (0,0)	< 0,001
Transfusión (n, %)	15 (24,6)	19 (17,3)	ns
Tratamiento endoscópico (n, %)	10 (0,0)	18 (16,4)	< 0,001
Antibiótico (n, %)	23 (37,7)	4 (3,7)	< 0,001
Resultado			
Estancia mediana (días, media DE)	2 (1-3)	2 (1-3)	< 0,05
Alta domicilio (n, %)	22 (33,3)	104 (93,7)	< 0,001
Ingreso (n, %)	44 (66,7)	7 (6,3)	< 0,001

*ns: no significativa; TC: tomografía computarizada; DE: desviación estándar; PCR: Proteína C reactiva; LDH: lactato deshidrogenasa.

que deben hacer pensar al *urgenciólogo* en etiologías que no van poder ser resueltas médicamente en un porcentaje significativo en un plazo menor de 72 horas de estancia hospitalaria. Los datos que se asociaron de forma independiente con los diagnósticos de alta probabilidad de traslado interno fueron la presencia de dolor abdominal y la fiebre, así como existió con una tendencia a asociarse con la hematoquecia como forma de sangrado. Otros autores han descrito previamente que el dolor abdominal agudo y la hematoquecia son factores de mal pronóstico^{14,18}. La fiebre se ha descrito como un signo frecuente en pacientes con colitis infecciosa, isquémica o inflamatoria y con cáncer de colon²⁵⁻²⁷. Otros factores de riesgo conocidos de HDB grave, como la edad, la comorbilidad, el tratamiento previo con antitrombóticos, la anemia y la necesidad de transfusión, no se asociaron a la necesidad de traslado a planta convencional en nuestra muestra^{13,18,19,21}.

Una de las posibles cuestiones que surgen de los resultados del estudio sería la necesidad de re-

definir los criterios de ingreso en la UCE, ya que un determinado perfil de pacientes con HDB, como son aquellos con dolor abdominal y fiebre, y quizá aquéllas con hematoquecia, se beneficiarían de ingresar directamente en una planta convencional. Otra futura pregunta a resolver es si un porcentaje no desdeñable de pacientes en los que el único fin es el diagnóstico podría ser manejado ambulatoriamente. De hecho, el desarrollo de las unidades de diagnóstico rápido puede ser en un futuro próximo una modalidad asistencial en un perfil de pacientes a definir con HBD de bajo riesgo y buen soporte sociofamiliar que permitiera realizar el estudio ambulatorio²⁸.

Las limitaciones de este estudio son acordes a las de cualquier estudio retrospectivo tipo serie de casos. Al no existir un grupo control no se han podido establecer asociaciones o comparaciones entre ambos, ni tampoco con otros niveles asistenciales alternativos. Además, no debemos olvidar que a menudo no es posible asegurar que la lesión observada sea la causa del sangrado, si ésta no presenta hemorragia activa ni signos de hemorragia reciente. Finalmente, la clasificación en los Grupos 1 y 2 está basada en la decisión de traslado interno o estancia mayor de 72 horas que deja de ser una clasificación subjetiva del profesional sanitario y de la situación específica de cada paciente. Con todo, concluimos que la UCE podría ser una unidad de alta resolución diagnóstica para pacientes con HDB con un perfil determinado, alternativa y complementaria a otras unidades de hospitalización convencional.

Tabla 3. Análisis multivariante por probabilidad de traslado a planta de hospitalización convencional desde la unidad de corta estancia (UCE)

VARIABLES	OR	IC (95%)	P
Dolor abdominal	2,4	(1,4-5,0)	< 0,05
Tipo de sangrado			
Melenas	1	referencia	
Hematoquecia	1,4	(0,3-5,8)	ns
Rectorragia	0,5	(0,1-1,7)	ns
Fiebre	3,7	(1,0-13,7)	0,05

ns: no significativo.

Bibliografía

- 1 Bounds BC, Friedman LS. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003;32:1107-25.
- 2 Maté J, Castaños R, García-Samaniego J, Robledo P, Sánchez P, Muñoz R, Pajares JM. Hemorragia digestiva baja. Etiología y rentabilidad diagnóstica de diversas exploraciones. Un estudio sobre 2.646 enfermos. *Rev Esp Enf Dig*. 1992;81:175-9.
- 3 González-Armengol JJ, Fernández-Alonso C, Martín-Sánchez FJ, González-del Castillo J, López-Farré, Elvira C, Calvo E, et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias*. 2009;21:87-94.
- 4 Gayer C, Chino A, Lucas C, Tokioka S, Yamasaki T, Edelman DA, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in 1,112 patients admitted to an urban emergency medical center. *Surgery*. 2009;146:600-6.
- 5 Farrell JJ, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001;30:377-407.
- 6 Martín Martín L, Trapero-Marugán M, Cantero Perona J, Moreno Otero R. Dificultades y controversias en el manejo hospitalario de la hemorragia digestiva baja. *Rev Esp Enf Dig*. 2008;100:560-4.
- 7 Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal haemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol*. 1997;92:419-24.
- 8 Barnert J, Messmann H. Management of lower gastrointestinal tract bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2008;22:295-312.
- 9 Strate LL, Syngal S. Timing of colonoscopy: impact on length of hospital stay in patients with acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:317-22.
- 10 ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding: guidelines for clinical application. *Gastrointest Endosc*. 1998;48:685-8.
- 11 Green BT, Rockey DC, Portwood G. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:1-8.
- 12 Ríos A, Montoya MJ, Rodríguez JM, Serrano A, Molina J, Ramírez P, et al. Severe acute lower gastrointestinal bleeding: risk factors for morbidity and mortality. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392:165-71.
- 13 Strate LL, Orav EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med*. 2003;163:838-43.
- 14 Das AM, Sood N, Hodgkin K, Chang L, Carson SS. Development of a triage protocol for patients presenting with gastrointestinal hemorrhage: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2008;12:R57.
- 15 Torres-Salinas M, Capdevila-Morel JA, Armario-García P, Montull Moller S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.
- 16 Gómez C, Guillamont A, Salazar A, Pastor J, Novelli A, Corbella X. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias*. 2005;17:12-6.
- 17 De la Iglesia F, Pellicer C, Ramos V, Castro B, Rodríguez A, Diz-Lois F. La unidad de corta estancia médica (UCEM) de La Coruña: Nuestra experiencia. *An Med Intern (Madrid)*. 1997;14:125-7.
- 18 Velayos FS, Williamson A, Sousa KH, Lung E, Bostrom A, Weber EJ, et al. Early predictors of severe lower gastrointestinal bleeding and adverse outcomes: a prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2:485-90.
- 19 Yong D, Grieve P, Keatin J. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect the outcome of patients admitted to hospital with lower gastrointestinal bleeding? *N Z Med J*. 2003;116:U517.
- 20 Edelman DA, Sugawa C. Lower gastrointestinal bleeding: a review. *Surgical Endoscopy*. 2007;21:514-20.
- 21 Farrek JJ, Friedman LS. The management of lower gastrointestinal bleeding: a review. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:1281-98.
- 22 Ollero M. Adecuación y Utilidad del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:655-7.
- 23 Eisen GM, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Kallo AN, Petersen BT, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Standards of Practice Committee. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2001;53:859-63.
- 24 Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, Foutch PG. The American College of Gastrointestinal Bleeding Registry: preliminary finding. *Am J Gastroenterol*. 1997;92:924-8.
- 25 Rodríguez M, Torres P, Nieto A, Jiménez L. Diagnóstico de colitis isquémica en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2000;12:100-4.
- 26 Leal JC, Benita J, García J, Mendez MA. Criterios de ingreso hospitalario del paciente con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Criterios de baja laboral. *Medicine*. 2004;9:377-9.
- 27 Molina R, Navarro F, López JL, Álvarez M. Cancer colorrectal. *Medicine*. 2009;10:1730-6.
- 28 Capell S, Comas P, Piella T, Rigan J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:247-50.

Management of lower gastrointestinal bleeding in the emergency department short-stay unit

Fernández Alonso C, García Lamberechts EJ, Fuentes Ferrer M, Chaparro D, Cuervo Pinto R, Villarroya Elipse P, López-Farré AJ, Esteban J, González del Castillo J, González Armengol JJ, Martín-Sánchez FJ

Objectives: To profile the patient with lower gastrointestinal bleeding admitted to an emergency department short-stay unit and to determine predictors of admission to a conventional ward.

Material and methods: Retrospective study of a series of patients with lower gastrointestinal bleeding in the short-stay unit of Hospital Clínico San Carlos between January 1 and December 31, 2008. Information gathered from the discharge reports included patient characteristics and clinical data, diagnostic and therapeutic procedures, the definitive diagnosis, hospital mortality, length of stay, and final destination. Two groups defined according to risk of admission (high-risk: colon cancer, colitis, or unknown cause of bleeding; and low-risk: anal-rectal disease, diverticulitis, or angiodysplasia). A logistic regression model was constructed to identify variables that were independently associated with transfer to the ward.

Results: A total of 177 patients (50.8% women) with a mean (SD) age of 70.5 (17.0) years were treated. Sixty-six patients (37%) had high-risk of admission. The most frequent definitive diagnosis was internal hemorrhoids (35.0%). The median stay was 2.0 (interquartile range, 1.0-3.0) days. Most patients were discharged home (71.2%). Factors related to admission to a ward in the univariate analysis (high-risk vs low-risk groups) were bloody stools (24.6% vs 9.1%, $P=.05$), abdominal pain (49.2% vs 21.8%, $P<.0001$), tachycardia (22.2% vs 9.1%, $P=.022$), computed tomography (14.5% vs 3.7%, $P=.015$), white blood cell count (9871.4/mL vs 8280.0/mL, $P=.006$), scheduling of prompt surgery (14.8% vs 0.0%, $P<.0001$), and antibiotic treatment (37.7% vs 3.7%, $P<.0001$). Multivariate analysis of the likelihood of admission identified the following risk factors: abdominal pain (odds ratio [OR], 2.37, 95% confidence interval [CI], 1.4-5.0; $P=.025$) and fever (OR, 3.68; 95% CI, 1-13.7; $P=.042$).

Conclusions: The short-stay unit seems to have a high capacity for diagnosing and resolving cases of low gastrointestinal bleeding. It complements hospitalization by offering an alternative to admission to a conventional ward. [*Emergencias* 2010;22:269-274]

Key words: Short-stay unit. Emergency health services. Lower gastrointestinal bleeding. Rectal bleeding.