

## Impacto de colonoscopia temprana en sangrado de tubo digestivo bajo

María Fernanda Morales-Jiménez\*, Adriana Rodríguez-Galván, Fernando Rojas-Mendoza

Servicio de Gastroenterología, Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México, México

### Resumen

El sangrado de tubo digestivo bajo (STDB) tiene una incidencia de 33-87/100,000, la presentación clínica puede variar desde rectorragia hasta melena. Actualmente no contamos con estudios que nos indiquen cual es tiempo indicado para realizar colonoscopia y así disminuir los desenlaces clínicos. El objetivo de nuestro estudio fue valorar si el realizar colonoscopia en las primeras 24 horas permite encontrar el sitio de sangrado activo, además de disminuir desenlaces clínicos. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal de enero 2016 a mayo 2019 encontrando un total de 167 pacientes con diagnóstico de STDB, con los siguientes hallazgos: el 35.4% presento divertículos, el 24.1% enfermedad hemorroidal, el 18.4% colitis, el 7.6% neoplasia, el 5.7% angioectasias. De los pacientes que se encontro sangrado activo en el 89% de ellos, se realizo la colonoscopia en las primeras 24 horas, sin embargo esto no trajo menor numero de días de estancia hospitalaria, ni transfusiones a comparación de aquellos que se realizo después de 24 horas. Se requiere realizar estudios con mayor número de pacientes para evaluar desenlaces clínicos.

### Abstract

Lower gastrointestinal bleeding has an incidence of 33-87/100,000, clinical presentation can vary from rectorrhagia to melena. Currently we do not have studies that tell us what is the time indicated to perform colonoscopy and thus decrease the clinical results. The objective of our study was to assess and perform the colonoscopy in the first 24 hours to find the site of active bleeding, in addition to decrease the clinical results. A retrospective, cross-sectional study was conducted from January 2016 to May 2019, and a total of 167 patients diagnosed with lower gastrointestinal bleeding, with the following findings: 35.4% of the face diverticula, 24.1% hemorrhoidal disease, 18.4% colitis, 7.6% neoplasia, 5.7% of angioectasias. Of the patients who were actively bleeding in 89% of them, the colonoscopy was performed in the first 24 hours, however, this didn't translate in less days of hospital stay, nor transfusions when comparing with those that realize colonoscopy after 24 hours. We need still need studies with a larger number of patients to evaluate clinical outcomes.

#### Autor de correspondencia:

María Fernanda Morales-Jiménez  
E-mail: Dra.fernandamj@gmail.com

Fecha de recepción: 02-08-2019  
Fecha de aceptación: 16-08-2019  
DOI: 10.24875/END.M19000061

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):106-108  
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

## Introducción

El sangrado de tubo digestivo bajo (STDB) se define como aquel distal al ligamento de Treitz, tiene una incidencia de 33–87/100 000. La presentación clínica puede variar de rectorragia hasta melena (1). En general el sangrado suele autolimitarse, en aquellos que requieren tratamiento endoscópico, este se logra en el 2.1% de los pacientes, mientras que se tiene que realizar angiografía en el 25% de los casos. Las principales causas de STDB son sangrado diverticular y en segundo lugar condiciones anorrectales benignas (2). Actualmente no contamos con estudios que nos indiquen cual es el tiempo indicado para realizar las colonoscopias en este grupo de pacientes, para disminuir desenlaces clínicos tales como días de estancia hospitalaria, número de transfusiones y estancia en unidades de terapia intensiva (UTI).

## Objetivo primario

Valorar si el realizar colonoscopia en primeras 24 horas permite encontrar el sitio de sangrado activo y esto influye en desenlaces clínicos: días de estancia hospitalaria, número de transfusiones, estancia en UTI.

## Objetivo secundario

Describir las características demográficas, etiología de STDB y desenlaces clínicos de los pacientes en Hospital Médica Sur.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo, transversal. Se revisaron los expedientes de pacientes de enero 2016 a mayo 2019 con diagnóstico de ingreso al servicio de urgencias de STDB.

## Criterios de inclusión

Pacientes que ingresaran al servicio de urgencias con diagnóstico de STDB de enero 2016 a mayo 2019, cuyo padecimiento fuera agudo.

## Criterios de exclusión

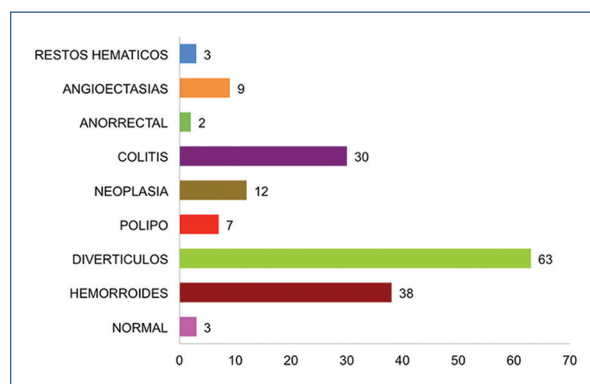
Pacientes menores de 18 años, que ingresaran para abordaje de anemia, expediente incompleto.

## Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva empleando pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo con el tipo

**Tabla 1.** Características basales de los pacientes

Hombre: Mujer	109:58
Edad	62 años (50-81)
Tabaquismo activo	24.1%
Comorbilidades	
Diabetes mellitus 2	11.4%
Hipertensión arterial	36.7%
Cirrosis hepática	1.9%
Insuficiencia cardíaca	6.3%
Enfermedad renal crónica	4.4%
Neoplasia	8.9%
Charlson	3 puntos (0-6)
Antiagregantes	19%
Anticoagulantes	3.8%
Presentación clínica	
Síncope	3.2%
Evacuaciones diarreicas	16.4%
Dolor abdominal	32.4%
Sangrado activo	0.6%
Laboratorios	
Hb	13.4
INR	0.97
Tiempo colonoscopia	19 horas (9-30)



**Gráfica 1.** Hallazgos en colonoscopia.

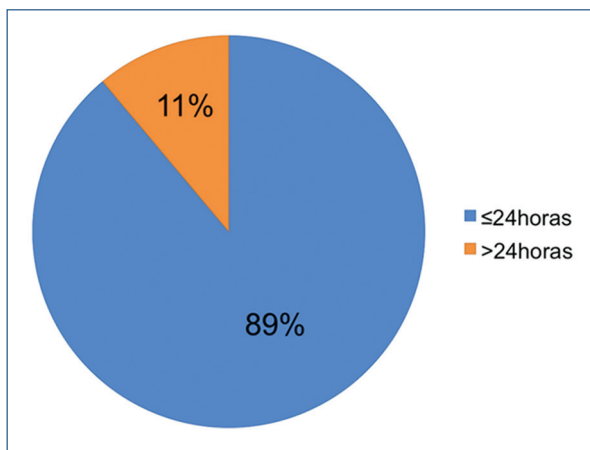
de variable estudiada. Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS versión 24, se consideró una diferencia significativa al valor de  $p < 0.05$ .

## Resultados

Se analizó un total de 167 pacientes, con las siguientes características basales (Tabla 1): una media de edad de  $62 \pm 19$  años, el 64.6% eran de sexo masculino, el 24.1% con tabaquismo activo, el 11.4% con diagnóstico de DM2, el 36.7% con HAS, 1.9% con cirrosis, 6.3% con insuficiencia cardíaca, 4.4% con ERC,

**Tabla 2.** Desenlaces clínicos en tiempo de colonoscopia

	<24 horas				>24 horas				
	Media	Desviación estándar	Número pacientes	Porcentaje pacientes	Media	Desviación estándar	Número pacientes	Porcentaje pacientes	P
Días estancia hospitalaria	4	3			3	3			0.081
Trasfusiones			4	17.4%			34	23.6%	0.602
Resangrado			1	4.3%			4	2.8%	0.528
Angiografía			1	4.3%			2	1.4%	0.361
Reingreso			3	13%			8	5.6%	0.179
UTI			2	8.7%			15	10.4%	1

**Gráfica 2.** Colonoscopia con sangrado activo.

8.9% con neoplasia, con una media de Charlson de 3 puntos. El 19% de los pacientes con consumo de antiagregantes y el 3.8% con consumo de anticoagulantes. En cuanto a la presentación clínica el 3.2% presentó síncope, el 16.4% evacuaciones diarreicas, el 32.4% dolor abdominal y sólo el 0.6% presentó sangrado activo durante su estancia en urgencias. La media de Hb fue de 13.4, INR 0.97 y la media de tiempo de su llegada a urgencias y la realización de colonoscopia fue de 19±11 horas, con los siguientes hallazgos (**Gráfica 1**): el 35.4% presentó divertículos, el 24.1% enfermedad hemorroidal, el 18.4% colitis, el 7.6% neoplasia, el 5.7% angioectasias, el 3.8% pólipos, 1.9% normal y el 1.9% restos hemáticos sin evidencia de

sitio de sangrado. En aquellos pacientes con sangrado activo (9 pacientes: **Gráfica 2**), se logró encontrar el sitio en el 89% cuando se realizó colonoscopia en las primeras 24 horas, al 28% se les colocó clip, al 28% hemospray y al 77.7% argón.

En cuanto a desenlaces clínicos no se presentó ninguna defunción secundaria a STDB, el 2.5% presentó resangrado, se realizó angiografía con embolización al 1.3% de los pacientes, ya que no se logró controlar el sangrado con tratamiento endoscópico, el 5.7% reingreso en los primeros 30 días posterior al evento índice, el 8.9% requirió estancia en UTI y la media de estancia hospitalaria fue de 3 días, sin embargo esto no influyó en los desenlaces clínicos (**Tabla 2**).

## Discusión

En nuestro estudio se demostró que el 89% de los sangrados activos se detectaron en las primeras 24 horas, lo cual permite realizar tratamiento endoscópico, sin embargo, esta maniobra no influye en los desenlaces clínicos.

## Bibliografía

1. Diamantopoulou G, Konstantakis C, Kottorou A, et al. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Characteristics and Clinical Outcome of Patients Treated With an Intensive Protocol. *Gastroenterology Res.* 2017; 10(6):352–358.
2. Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut* 2019; 68:776-789.