



## 15 - CARACTERÍSTICAS Y RENTABILIDAD DE LAS COLONOSCOPIAS URGENTES POR HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

M.M. Rodríguez González<sup>1</sup>, N. García Morales<sup>1,2</sup>, N. Fernández Fernández<sup>1,2</sup>, L.A. Cid Gómez<sup>1,2</sup>, M. Ayude Galego<sup>1</sup>, S. Alonso Lorenzo<sup>1</sup>, D. Nogueira Sentíes<sup>1</sup>, A. Iglesias Doallo<sup>1</sup>, V. Pena<sup>1</sup>, A. Alonso<sup>1</sup>, V. Márquez<sup>1</sup>, M. Casares<sup>1</sup> y J.I. Rodríguez Prada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Digestivo, Sergas, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>2</sup>Grupo de Investigación Digestivo, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Vigo.

### Resumen

**Introducción:** La colonoscopia es una herramienta útil en el manejo de los pacientes con hemorragia digestiva baja (HDB). Su rendimiento diagnóstico y terapéutico es variable, y el momento óptimo para su realización es motivo de controversia.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes sometidos a colonoscopia urgente por HDB, así como la rentabilidad diagnóstica y terapéutica de la prueba.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo de las colonoscopias urgentes por HDB realizadas en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre junio de 2019 y abril de 2021.

**Resultados:** Se realizaron 110 colonoscopias urgentes, de las cuales 92 fueron por HDB, constituyendo un 10,4% de las urgencias endoscópicas en dicho período. La edad media de los pacientes fue de 68,84 años (DE 14) y 58 (63%) eran varones. En el momento del sangrado, 16 (17,4%) recibían tratamiento anticoagulante y 17 (18,5%) antiagregante. Se registraron 56 colonoscopias (60,9%) en el turno de mañana y 36 (39,1%) durante la tarde y la noche. En la unidad de endoscopias se realizaron 64 (69,6%) y en UCI/REA 28 (30,4%). En 79 pacientes (85,9%) se administró sedación. En cuanto a la etiología, 24 (26,1%) fueron sangrados pospolipectomía, 8 (8,7%) colitis isquémica, 5 (5,4%) enfermedad inflamatoria intestinal, 12 (13%) diverticular, 1 (1,1%) de origen vascular y 26 (28,3%) debido a otras causas. En 16 (17,4%) no se pudo filiar el diagnóstico. Únicamente se realizó terapéutica en 29 pacientes (31,5%), siendo eficaz en 28 (96,6%). No se registraron complicaciones inmediatas ni tardías. Precisaron de tratamiento quirúrgico/embolización 4 pacientes (4,3%). Se realizaron 56 (61,5%) colonoscopias en las primeras 24 horas tras el sangrado (colonoscopia urgente), mientras que 35 (39,4%) se realizaron pasado este tiempo. Se observó que el tiempo transcurrido hasta la realización de la colonoscopia se asocia con la posibilidad de realizar terapéutica ( $p = 0,033$ ), no así con el diagnóstico endoscópico ( $p = 0,154$ ). En 64 (69,6%) no se administró preparación anterógrada, y en 28 (30,4%) sí, lo que mostró relación con la capacidad diagnóstica de la prueba ( $p = 0,05$ ). El 40,2% de las colonoscopias fueron completas, el 18,5% incompletas y el 41,3% rectosigmoidoscopias, lo que se relacionó con la preparación previa ( $p = 0,01$ ) y con los hallazgos diagnósticos ( $p = 0,036$ ). La mortalidad a causa del sangrado fue del 2,2% y no se relacionó con el tiempo hasta la endoscopia ( $p = 0,691$ ).

**Conclusiones:** La colonoscopia para diagnóstico y tratamiento de la HDB es una indicación infrecuente de endoscopia urgente. La realización de colonoscopia urgente no aumenta la rentabilidad diagnóstica pero sí aumenta las posibilidades de realizar terapéutica. La administración de preparación anterógrada mejora las posibilidades de establecer un diagnóstico endoscópico, por lo que no parece rentable realizar colonoscopia sin la misma.