

¿Es útil la realización de una analítica sistemática antes de una colonoscopia?

Is systematic blood testing useful before colonoscopy?

Sr. Director:

La colonoscopia conlleva frecuentemente actuaciones terapéuticas con riesgo de sangrado. Así el riesgo de hemorragia secundario a la biopsia se sitúa en un 1% y aumenta si se realiza polipectomía. En este caso, su frecuencia se asocia al tipo de pólipo, de forma que es mayor en los pediculados que en los sésiles, así como al tamaño, siendo de un 4,3% en los mayores de 1 cm y 6,7% en los mayores de 2 cm¹.

Algunas guías recomiendan para las distintas intervenciones en la endoscopia unos niveles de mínimos en determinados parámetros a fin de evitar los sangrados. Así se recomienda una cifra de plaquetas por encima de 20.000-50.000, una actividad de protrombina mayor del 50% y un INR menor de 1,5¹. Por ello, algunas unidades (3/8 centros hospitalarios consultados) realizan una analítica sistemática previa a la colonoscopia con la intención de detectar precozmente alteraciones en la coagulación o defectos hematológicos no conocidas con anterioridad.

El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la utilidad de la realización de pruebas de laboratorio de forma sistemática, antes de la realización de la colonoscopia para identificar los grupos de riesgo y disminuir el número de investigaciones innecesarias. Para ello hemos realizado un estudio prospectivo, observacional, donde fueron incluidas 244 colonoscopias ambulatorias realizadas en el período comprendido entre el 1 de agosto y el 31 de octubre de 2010. Se han excluido las colonoscopias urgentes y las realizadas a pacientes hospitalizados.

Analizamos variables demográficas como sexo, edad, indicación de la colonoscopia, comorbilidad asociada, así como si el paciente se encontraba bajo tratamiento antiagregante y/o anticoagulante en el momento de la exploración. Las determinaciones analíticas, realizadas a todos los pacientes con carácter previo a la técnica, incluyeron las relacionadas con el riesgo de eventos hematológicos: cifra de hemoglobina y plaquetas, actividad de protrombina e INR.

Con estos resultados analíticos hemos valorado si hubo cambios en la medicación antiagregante y anticoagulante y si la actitud ante la técnica endoscópica se modificó, con reprogramación de la prueba o evitación de intervenciones de riesgo, en virtud de los resultados de la analítica.

La colonoscopia se consideró satisfactoria cuando tras evaluar los datos de laboratorio se aplicó la técnica endoscópica necesaria y adecuada para cada paciente y no fue necesario reprogramar la cita. El análisis estadístico se realizó con el programa informático Microsoft Office Excel 2007 y se solicitó el consentimiento de todos los pacientes para su participación en el estudio.

De las 244 colonoscopias incluidas en el estudio, 115 fueron varones y 129 mujeres, con edades comprendidas entre 17 y 91 años y una edad media de 59,21 años. Las indicaciones principales de la exploración fueron rectorragia

(23,36%), cambios de hábito intestinal (17,21%), revisión de cáncer de colon (13,93%), control de polipectomía previa (13,52%), anemia ferropénica en estudio (7,38%), antecedentes familiares de cáncer de colon (7,38%), revisión de enfermedad inflamatoria intestinal (5,33%) u otros motivos (11,89%).

Se asoció enfermedad concomitante importante en 49 pacientes de la serie (20,08%). Dentro de ellas la cardiopatía isquémica fue la más prevalente, afectando a 28 de los 49 pacientes (57,14%), destaca también la fibrilación auricular (14,28%), la enfermedad cerebrovascular (14,28%) y la enfermedad vascular periférica (10,20%). Un único paciente presentaba enfermedad de Von Willebrand.

En el grupo de estudio se encontraron 38 pacientes bajo tratamiento antiagregante (15,57%) y 11 pacientes con tratamiento anticoagulante (4,51%).

En el 100% de anticoagulados se realizó sustitución por HBPM previo a la prueba. En los 233 pacientes que no realizaban tratamiento anticoagulante, no se detectaron alteraciones en las analíticas realizadas que sugirieran un defecto hematológico/coagulopatía. Todos ellos presentaron un INR menor de 1,5 y una actividad de protrombina mayor al 60%. En 16 de estos pacientes sin tratamiento (8,20%) la hemoglobina fue menor de 11 g/dl, y solo en 2 de ellos bajó por debajo de 8 g/dl. Cuatro pacientes de este grupo (2,05%) presentaron cifras de plaquetas entre 68.000 y 9.000 μ l, con una hemoglobina, INR y actividad de protrombina dentro de las cifras de normalidad. Todas las exploraciones fueron satisfactorias y sin presencia de complicaciones.

De las 244 colonoscopias analizadas 52.87% tuvieron carácter diagnóstico y 47.13% terapéutico, realizándose polipectomía en el 66.08%, biopsias en el 30.43% y otras técnicas en el 3.48%.

En ningún caso de la serie hubo cambios de actitud ni reprogramación de la prueba, por lo que el 100% de las exploraciones se consideraron satisfactorias. No hubo ninguna complicación relacionada con la técnica endoscópica.

Se conoce que el riesgo de sangrado asociado a una colonoscopia diagnóstica es menor al 1%. Este aumenta si se realizan procedimientos terapéuticos como polipectomías, termocoagulación o colocación de endoprótesis, alcanzando valores entre el 1- 6%¹. Debido a la posibilidad de esta complicación, se han realizado estudios de coagulación a la población general que recibe una técnica endoscópica, con la idea de identificar de forma precoz a los pacientes asintomáticos con coagulopatías no conocidas, y evitar con ello eventos hemorrágicos no deseados.

Actualmente existen estudios publicados y guías de práctica clínica que señalan que no existe evidencia científica en cuanto a la realización de estudios de coagulación a la población general, previos al uso de técnicas endoscópicas^{1,2}. Esto es debido a que la identificación de alteraciones no conocidas no ha sido eficaz en la detección de complicaciones hemorrágicas. Sin embargo, aún se siguen realizando analíticas sistemáticas con carácter previo a la realización de técnicas endoscópicas. Es probable que ello se asocie con la idea de que la historia clínica y la exploración física son datos poco sensibles, o bien a la creencia de que las pruebas de laboratorio podrían proteger frente a futuras denuncias médico-legales, hecho que no parece real³.

Nuestros resultados, al igual que otros publicados, sugieren que la determinación analítica sistemática realizada de forma habitual previamente a la colonoscopia, con una intención preventiva, no aporta datos para detectar alteraciones ocultas de la coagulación. De hecho, en nuestra serie no hubo ningún caso no detectado por la historia clínica. Además, existe el riesgo de que hallazgos poco relevantes conduzcan a estudios adicionales con el consiguiente incremento del coste⁴.

Con la realización de una historia clínica completa y un adecuado examen físico se puede diferenciar entre los pacientes sanos y los que necesitan un examen complementario^{2,4,6,7,9}.

De estos últimos, la identificación de un defecto en la coagulación (plaquetas < 50.000 μ l, actividad de protrombina < 50% o INR > 1,5) deben ser tenidos en cuenta y valorar la necesidad de su corrección antes de la prueba¹.

En ausencia de una indicación clínica que lo justifique, la posibilidad de encontrar alteraciones significativas en las pruebas de laboratorio es baja^{2,5-8}, por lo tanto, los pacientes de riesgo deben ser identificados realizando una exhaustiva historia clínica que no debe ser sustituida por datos analíticos^{1,2,4,6}.

Bibliografía

1. Alberca-de-las-Parras F. Clinical practice guidelines for managing coagulation in patients undergoing endoscopic procedures. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102:124–38.
2. Rohrer MJ, Michelotti MC, Nahrwold DL. A prospective evaluation of the efficacy of preoperative coagulation testing. *Ann Surg.* 1988;208:554–7.
3. Smetana GW, Macpherson DS. The case against routine preoperative laboratory testing. *Med Clin N Am.* 2003;87:7–40.
4. Giles E, Walton-Salih E, Shah N, Hinds R. Pre-Endoscopy coagulation screening in children. *Endoscopy.* 2005;37:508–10.
5. Perez A, Planell J, Bacardaz C, Hounie A, Franci J, Brotons C, et al. Value of routine preoperative tests: a multicentre study in four general hospitals. *Br J Anaesth.* 1995;74:250–6.
6. Turnbull JM, Buck C. The value of preoperative screening investigations in otherwise healthy individuals. *Arch Intern Med.* 1987;147:1101–5.
7. ASGE Standards of practice committee. Position statement on routine laboratory testing before endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:827–832.
8. Mckee RF, Scott EM. The value of routine preoperative investigations. *Ann R Coll Surg Engl.* 1987;69:160–2.
9. Pasternak LR. Preoperative laboratory testing: general issues and considerations. *Anesthesiology Clin N Am.* 2004;22:13–25.

María Teresa Ramos-Clemente Romero*,
María Dolores Serrano León, Alfredo Abrales Bechiarelli,
Francisco Corro Aguilar, Claudio Rodríguez Ramos,
Ramón Rodríguez Olmo, Pablo Guillén Mariscal,
Mariano Iglesias Arrabal
y Antonio Naranjo Rodríguez

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

mariateresaramosclementeromero@gmail.com
(M.T. Ramos-Clemente Romero).

doi:10.1016/j.gastrohep.2012.05.006