

COMPLICACIONES EN EL PRIMER MES TRAS PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Complications in the first month after an endoscopic procedure in a tertiary care hospital

Prieto de la Torre M, Alañón Martínez PE, González Castilla L, Ladehesa Pineda MJ, Serrano Ruiz FJ, Hervás Molina A

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Palabras clave: endoscopia, efectos adversos.

Keywords: endoscopy, adverse effects.

Introducción y objetivos

Los procedimientos endoscópicos suponen una herramienta fundamental y de un valor incalculable en el arsenal diagnóstico y terapéutico de todo gastroenterólogo. Esto ha supuesto un aumento exponencial tanto del volumen como de la dificultad técnica de estas pruebas. Sin embargo, el requisito previo de calidad y seguridad sigue siendo primordial, lo que ha quedado reflejado en los documentos de consenso de las distintas sociedades sobre de los indicadores de calidad de la endoscopia digestiva¹⁻³.

La incidencia global de complicaciones en endoscopia oscila entre 0,25-3%⁴, aunque la tasa real es incierta. La mayoría de los datos publicados corresponden a eventos adversos intraprocedimiento o a eventos adversos diferidos

de naturaleza digestiva^{5,6}; la dificultad de seguimiento de los pacientes limita el conocimiento de las complicaciones que se producen de forma diferida⁷. Además, es importante diferenciar la tasa de complicaciones en grupos específicos como los pacientes anticoagulados/antiagregados^{8,9} o los procedimientos terapéuticos.

El objetivo del presente estudio es determinar el porcentaje de ingresos secundarios a complicaciones dentro de los primeros 30 días post-procedimiento endoscópico, tanto diagnóstico como terapéutico, en pacientes ambulatorios en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ambulatorios sometidos a exploraciones endoscópicas digestivas (endoscopia digestiva alta, endoscopia digestiva baja, ecoendoscopia, videocápsula endoscópica y enteroscopia) entre el 01/10/2019

María Prieto de la Torre
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
h42prtom@uco.es

Prieto de la Torre M, Alañón Martínez PE, González Castilla L, Ladehesa Pineda MJ, Serrano Ruiz FJ, Hervás Molina A. Complicaciones en el primer mes tras procedimiento endoscópico en un hospital de tercer nivel RAPD 2024;47(3):104-107. DOI: 10.37352/2024473.1

y el 30/09/2022. De cada paciente se recogieron datos demográficos, clínicos y relacionados con el procedimiento endoscópico. Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico IBM-SPSSv.27.0.

Resultados

Se realizaron 35.327 exploraciones digestivas en 26.859 pacientes en el periodo indicado. 1.216 pacientes ingresaron en los 30 días posteriores (4,5%). 790 (65%) ingresaron de forma programada, 317 (26%) requirieron ingreso por causas ajenas a la exploración y 112 (9,2%) debido a una complicación del procedimiento (Figura 1).

De los pacientes que presentaron una complicación, 70 (62,5%) eran varones, con una mediana de edad de 69 años (DE 12.6). El factor cardiovascular (FRCV) más frecuente era la hipertensión (80, 71,4%), seguido de dislipemia (57, 50,9%). Más de la mitad de los pacientes (67, 60%) tomaban medicación anticoagulante o antiagregante. Presentaban un riesgo de trombosis alto según el índice de CHADS2-VASc (3+/-2) y un riesgo moderado de sangrado según la escala HAS-BLED (2+/-1,5) (Tabla 1).

La colonoscopia fue la exploración digestiva más realizada (83, 74%), seguida de la endoscopia digestiva alta (22, 20%). Además, la mayoría de los procedimientos fueron

Características de los pacientes	N= 112
Sexo V/M, n (%)	70/42 (62,5%/37,5%)
Edad, años (DE)	69 (±12,6)
Factores de riesgo cardiovascular (FRCV)	
Hipertensión, n (%)	80 (71,4%)
Diabetes Mellitus, n (%)	34 (30,4%)
Dislipemia, n (%)	57 (50,9%)
Ninguno	15 (13,4%)
Tratamiento habitual:	
Antiagregantes, n (%)	25 (22,3%)
Anticoagulantes, n (%)	34 (30,3%)
Riesgo de sangrado/tromboembólico	
CHADS2-VASc Score, mediana (+/-DE)	3(+/-2)
HAS-BLED Score, mediana (+/-DE)	2(+/-1,5)

Tabla 1. Características basales de los pacientes que ingresaron por una complicación del procedimiento en los 30 días posteriores a este.

diagnósticos (77, 60%), es decir no se realizó terapéutica o ésta fue de baja complejidad.

La complicación que más frecuentemente se produjo fue la hemorragia digestiva (43, 38%) seguida de los eventos infecciosos (22, 20%), eventos tromboembólicos (21, 19%),

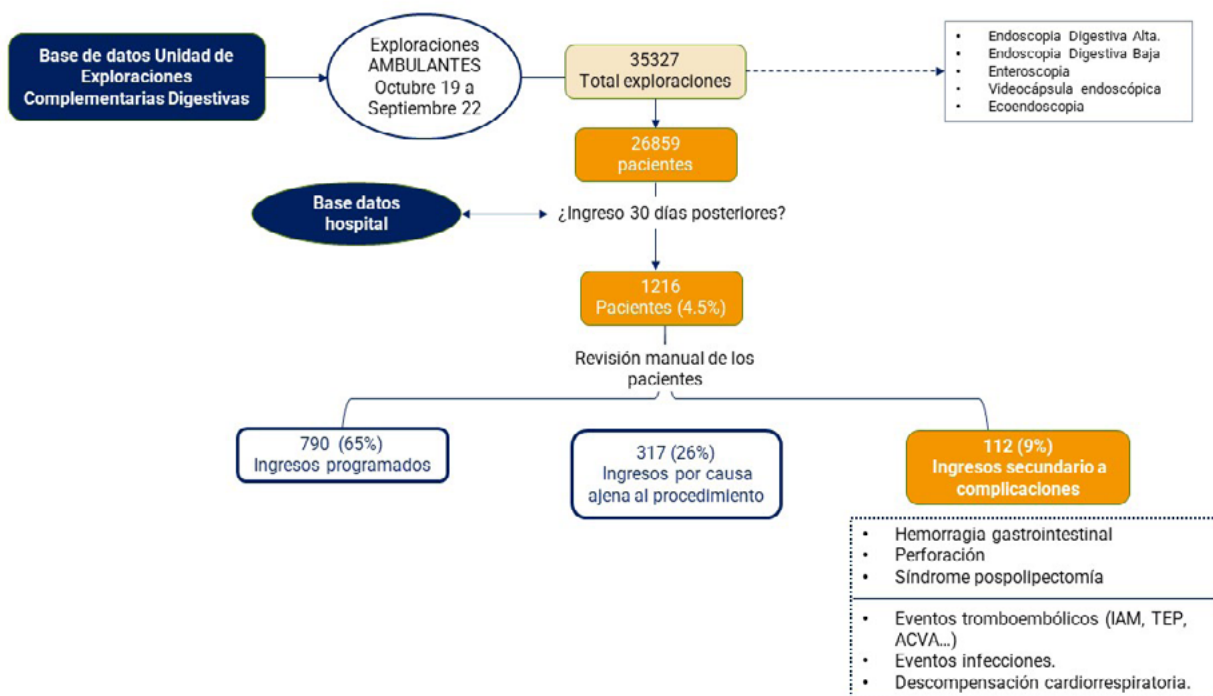


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de pacientes incluidos en el estudio.

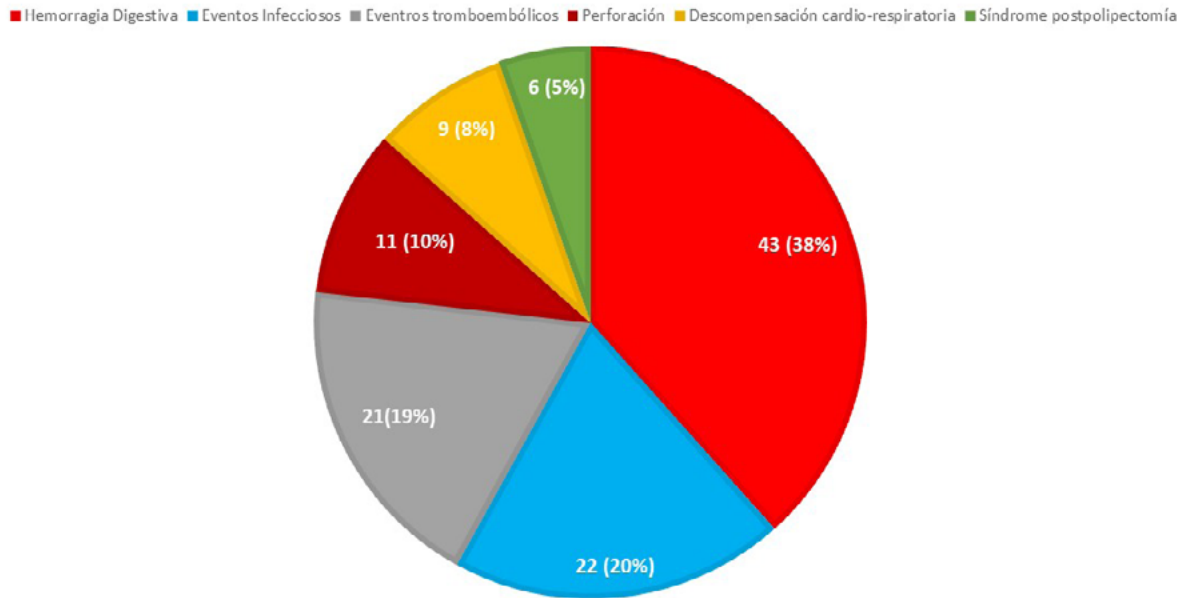


Figura 2. Complicaciones con necesidad de ingreso en los 30 días post-procedimiento.

perforación (11, 10%), descompensación cardio-respiratoria (9, 8%) y síndrome post-polipectomía (6, 5%) (Figura 2).

13 pacientes (0,036%) fallecieron durante el ingreso, siendo el desarrollo de un evento tromboembólico la causa más frecuente de mortalidad.

Conclusiones

La endoscopia digestiva es una técnica segura, con bajo número de complicaciones, la mayoría leves¹⁰. No obstante, identificar qué factores de riesgo se asocian a eventos adversos permitiría establecer protocolos de prevención para su completa reducción¹¹. En nuestra cohorte, al menos la mitad de los ingresos secundarios a eventos adversos fueron por complicaciones extra-digestivas. Los eventos tromboembólicos fueron la causa más frecuente de muerte, lo que obliga a ser estricto en la evaluación del riesgo tromboembólico de todos los pacientes, así como en la gestión de la medicación antiagregante/anticoagulante.

Bibliografía

1. Valori R, Cortas G, de Lange T, Salem Balfaqih O, de Pater M, Eisendrath P, Falt P, Koruk I, Ono A, Rustemović N, Schoon E, Veitch A, Senore C, Bellisario C, Minozzi S, Bennett C, Bretthauer M, Dinis-Ribeiro M, Domagk D, Hassan C, Kaminski MF, Rees CJ, Spada C, Bisschops R, Rutter M. Performance measures for endoscopy services: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) quality improvement initiative. *United European Gastroenterol J.* 2019 Feb;7(1):21-44.
2. Spada C, McNamara D, Despott EJ, Adler S, Cash BD, Fernández-Urién I, Ivekovic H, Keuchel M, McAlindon M, Saurin JC, Panter S, Bellisario C, Minozzi S, Senore C, Bennett C, Bretthauer M, Dinis-Ribeiro M, Domagk D, Hassan C, Kaminski MF, Rees CJ, Valori R, Bisschops R, Rutter MD. Performance measures for small-bowel endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *United European Gastroenterol J.* 2019 Jun;7(5):614-641.
3. Bisschops R, Areia M, Coron E, Dobru D, Kaskas B, Kuvaev R, Pech O, Ragunath K, Weusten B, Familiari P, Domagk D, Valori R, Kaminski MF, Spada C, Bretthauer M, Bennett C, Senore C, Dinis-Ribeiro M, Rutter MD. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy quality improvement initiative. *United European Gastroenterol J.* 2016 Oct;4(5):629-656.

4. Levy I, Gralnek IM. Complications of diagnostic colonoscopy, upper endoscopy, and enteroscopy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2016 Oct;30(5):705-718.
5. Reumkens A, Rondagh EJA, Bakker M, et al. Post-colonoscopy complications: a systematic review, time trends and metaanalysis of population-based studies. *Am J Gastroenterol* 2016;111:1092e101.
6. Rabeneck L, Paszat LF, Hilsden RJ, et al. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. *Gastroenterology* 2008;135:1899e906. 1906 e 1891.
7. Hansen-Barkun C, Martel M, Douketis J, Abraham NS, Liederman Z, Kaplovitch E, Schulman S, Spyropoulos AC, Majid A, Barkun AN. Periprocedural Management of Patients With Atrial Fibrillation Receiving a Direct Oral Anticoagulant Undergoing a Digestive Endoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2023 May 1;118(5):812-819.
8. Chan A, Philpott H, Lim AH, Au M, Tee D, Harding D, Chinnaratha MA, George B, Singh R. Anticoagulation and antiplatelet management in gastrointestinal endoscopy: A review of current evidence. *World J Gastrointest Endosc.* 2020 Nov 16;12(11):408-450.
9. Maida M, Sferrazza S, Maida C, Morreale GC, Vitello A, Longo G, Garofalo V, Sinagra E. Management of antiplatelet or anticoagulant therapy in endoscopy: A review of literature. *World J Gastrointest Endosc.* 2020 Jun 16;12(6):172-192.
10. Jung Y, Kim JW, Im JP, Cho YK, Lee TH, Jang JY. Safety of Gastrointestinal Endoscopy in Korea: A Nationwide Survey and Population-Based Study. *J Korean Med Sci.* 2022 Jan 24;37(4):e24.
11. López-Picazo Julio, Alberca-de-las-Parras Fernando, Sánchez-del-Río Antonio, Pérez-Romero Shirley, León-Molina Joaquín, Júdez Javier. Indicadores de calidad en endoscopia digestiva: introducción a los indicadores comunes de estructura, proceso y resultado. *Rev. esp. enferm. dig.* 2017 Jun; 109(6): 435-450.