

COLONOSCOPIA EN EL ESTUDIO DEL DOLOR ABDOMINAL: ¿VALE LA PENA?

LUIS MANUEL LIMAS SOLANO¹, CLARA PATRICIA BARRETO NORATTO²

Recibido para publicación: 09-03-2022 - Versión corregida: 07-03-2023 - Aprobado para publicación: 19-04-2022

Lima Solano L.M., Barreto Noratto C.P. **Colonoscopia en el estudio del dolor abdominal: ¿vale la pena?**. Arch Med (Manizales). 2022. 23(1):109-114.
<https://doi.org/10.30554/archmed.23.1.4498.2023>

Resumen

Objetivo: el dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en el paciente ambulatorio y hospitalizado. La colonoscopia es aceptada como el método de elección en el estudio de patologías colónicas como la hematoquecia y la anemia, entre otras [1-3]. Según la Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE, por sus siglas en inglés), la tasa de colonoscopias no indicadas es del 24,5 % para pacientes ambulatorios, y del 15,5 % para pacientes hospitalizados [1]. El objetivo del presente estudio fue caracterizar los hallazgos e indicación de la colonoscopia en cuanto al dolor abdominal en un hospital de III nivel en el periodo comprendido entre noviembre de 2020 a febrero de 2021. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a colonoscopia por dolor abdominal mediante la revisión de los informes de colonoscopia y la historia clínica electrónica. **Resultados:** se realizaron 209 colonoscopias, en 60 de las cuales los pacientes indicaron que presentaban dolor abdominal como motivo de solicitud del procedimiento. El 76,7 % de los pacientes fueron derivados desde los servicios ambulatorios de otras instituciones prestadoras de salud. El 36,7 % tuvieron un resultado normal, el 25 % hemorroides, el 21,6 % diverticulosis sin diverticulitis, y 3,3 % tumores malignos. La tasa de detección de pólipos en este estudio fue del 10 %. **Conclusión:** un tercio de los pacientes con dolor abdominal no tenían una indicación clara del estudio.

Palabras clave: dolor abdominal; colonoscopia; divertículo.

Colonoscopy for abdominal pain study: It is worth it?

Abstract:

Objective: Abdominal pain is a frequent reason for consultation in the outpatient and hospitalized patient. Colonoscopy is accepted as the gold standard in the study of colonic pathologies such as hematochezia and anemia among others [1-3]. According to the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), the rate of non-indicated

1 MD. Especialización en gastroenterología clínico-quirúrgica, Hospital Universitario San Rafael, Tunja, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0001-5818-9596> Correo: llimassolano@yahoo.com.mx

2 MD. Magister en epidemiología, Hospital Universitario San Rafael, Tunja, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-8606-7163> Correo: clarapbarreton@gmail.com

colonoscopies is 24.5% for outpatients and 15.5% for hospitalized patients [1]. The aim of this study was to characterize the findings and indication for colonoscopy in the study of abdominal pain in a III level hospital in the period from November 2020 to February 2021. **Materials and methods:** A retrospective study of patients undergoing colonoscopy for abdominal pain was performed by reviewing colonoscopy reports and electronic medical records. **Results:** A total of 209 colonoscopies were performed, of which 60 patients presented with abdominal pain as the reason for requesting the procedure. A total of 76.7% of the patients were referred from outpatient services of other health care institutions. A normal result was found in 36.7%, 25% hemorrhoids, 21.6% diverticulosis without diverticulitis and 3.3% malignant tumors. The polyp detection rate in this study was 10%. **Conclusion:** One third of the patients with abdominal pain did not have a clear indication for the study.

Key words: Abdominal pain; colonoscopy; diverticulum.

Introducción

El dolor abdominal es un síntoma frecuente del paciente, este evento ejerce presión sobre la persona, la familia, el médico tratante y el sistema de seguridad social. Siendo un motivo de consulta habitual en la atención diaria [4], generalmente se acepta como inespecífico, con un bajo valor predictivo de patología significativa [2] y, a su vez, con ausencia de otros síntomas como la alteración del hábito intestinal o hemorragia. En nuestra institución, para el 2019, este evento ocupaba el primer motivo de consulta en el servicio de urgencias [5].

La colonoscopia es aceptada como el gold estándar para el estudio de la patología colónica como lo son la hematoquecia, la presencia de sangre oculta en la materia fecal, la diarrea de origen no determinado, la descompresión del megacolon, la enfermedad inflamatoria intestinal [6], la detección de pólipos, la anemia, la detección y seguimiento de cáncer colorrectal [3,7]. No obstante, es de bajo rendimiento para el estudio de dolor abdominal aislado en menores de 50 años [8].

Según la ASGE, la tasa de colonoscopias no indicadas es del 24,5 % para pacientes ambulatorios, y del 15,5 % para pacientes hospitalizados [1].

El objetivo del presente estudio fue caracterizar los hallazgos de la colonoscopia en el estudio del dolor abdominal en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante los meses de noviembre de 2020 a febrero de 2021.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de los registros de pacientes sometidos a colonoscopia por dolor abdominal en el periodo de estudio en el hospital de referencia departamental, procedimientos que fueron ejecutados en el servicio de gastroenterología, la mayoría bajo sedación.

Los registros se identificaron mediante el software de informes de colonoscopia GESALUD y en la historia clínica electrónica SERVINTE. La información se depuró en Microsoft Excel versión 365 y se analizaron los datos en el paquete estadístico STATA 15.1. Se evaluaron las variables sociodemográficas, el servicio solicitante, el área de procedencia y el diagnóstico colonoscópico. El análisis univariado se realizó mediante el cálculo de frecuencias absolutas, y relativas en las variables categóricas. En el caso de las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y

medidas de dispersión según la distribución de la variable.

Consideraciones éticas

Este protocolo de investigación se rigió por los principios establecidos en la Declaración de Helsinki [9] y la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [10], no representa ningún riesgo y fue aprobado por el Comité de Investigación y Bioética del Hospital Universitario San Rafael de Tunja mediante Acta 003-2021.

Resultados

Durante el tiempo evaluado se realizaron 209 colonoscopias, en 60 de las cuales los pacientes indicaron que presentaban dolor abdominal como motivo de la solicitud del procedimiento, las edades encontradas tenían una amplitud de 15 a 85 años (RIQ 70), con un promedio de 55 años (DE 17,4) (Figura 1).

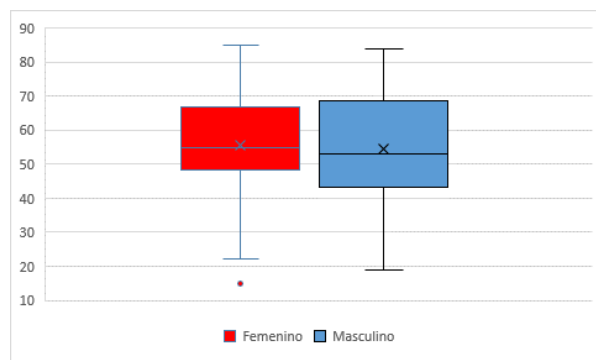


Figura 1. Gráfico de cajas y bigotes de edad según el sexo.

Fuente: elaboración propia

De las 60 colonoscopias realizadas por dolor abdominal, el 66,6 % fueron hechas a mujeres. El 76,7 % de los pacientes provenían de servicios ambulatorios, principalmente de otras instituciones prestadoras de salud, incluyendo instituciones de provincias distantes del sitio de atención. Se realizó la estratificación según la provincia de procedencia (Tabla 1).

Tabla 1. Área de procedencia de pacientes con realización de colonoscopia por dolor abdominal

Municipio/provincia	Ámbito de procedencia				Total
	Ambulatorio		Hospitalario		
Tunja y Centro	22	71 %	9	29 %	31
Zetaquirá y Lengupá	7	100 %	0	0 %	7
Moniquirá y Ricaurte	6	86 %	1	14 %	7
Chiquinquirá y Occidente	3	100 %	0	0 %	3
Garagoa y Neira	3	100 %	0	0 %	3
Ramiriquí y Márquez	2	67 %	1	33 %	3
Guateque y Oriente	1	50 %	1	50 %	2
Santander	1	50 %	1	50 %	2
Duitama y Tundama	1	100 %	0	0 %	1
Sogamoso y Sugamuxi	0	0 %	1	100 %	1
Total	46	77 %	14	23 %	60

Fuente: elaboración propia

Todos los pacientes que requirieron colonoscopia durante su manejo intrahospitalario ingresaron por el servicio de urgencias.

El 65 % pertenecían al régimen subsidiado, el 24 % al régimen especial, y solo el 11,7 % al régimen contributivo.

De las 60 colonoscopias realizadas, 22 (36,7 %) tuvieron un resultado normal, 15 (25 %) presentaron diagnóstico de hemorroides, 13 (21,6 %) diverticulosis sin diverticulitis, y 2 (3,3 %) tumores malignos. La tasa de detección de pólipos en este estudio fue del 10 % (Tabla 2).

Tabla 2. Hallazgos en la colonoscopia

Diagnóstico post-endoscópico	Número	Porcentaje
Normal	22	36,6
Hemorroides	15	25
Diverticulosis sin diverticulitis	13	21,6
Poliposis	6	10,0
Tumor maligno	2	3,3
Dolicocolon	1	1,6
Proctitis	1	1,6
Total	60	100

Fuente: elaboración propia

El 88,3 % de los casos fueron realizados bajo sedación, los restantes (n=7) no recibieron

sedación debido a una contraindicación anestésica o por decisión del usuario.

La preparación se evaluó mediante la escala de Boston [11,12] encontrando que el 62,7 % (n=37) de los pacientes presentaba una preparación excelente (Boston >8), 27,1 % (n=16) tenían una preparación deficiente (Boston 5 a 7), mientras que el 10,1 % (n=6) tenían una preparación inadecuada (Boston ≤4), siendo estos últimos la mayoría mujeres y procedentes del servicio de consulta externa.

Los servicios que más solicitaron colonoscopias fueron cirugía general y cirugía oncológica, sin embargo, estos datos corresponden a los pacientes con manejo intrahospitalario. En los usuarios de consulta externa no fue posible establecer los servicios solicitantes.

No hubo ninguna complicación derivada de los procedimientos, así mismo, no fue suspendido ninguno secundario a dolor del paciente en los exámenes realizados sin sedación.

Discusión

La colonoscopia es un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones, por lo que se usa más en el estudio de pacientes con síntomas de alarma [13] como diarrea, anemia, dolor persistente a pesar del manejo médico o tener más de 50 años sin síntomas en casos de tamizaje [14].

En la literatura se encuentra que aproximadamente el 25 % de las colonoscopias en Estados Unidos son solicitadas por síndrome de intestino irritable [6]. A pesar de que en las indicaciones dadas por ASGE no se considera el uso de colonoscopia para el estudio de dolor abdominal agudo, Otero et al. realizaron la evaluación de esto mismo, encontrando que el 29 % de los pacientes que acudieron a tomarse una colonoscopia fue debido a dolor abdominal, con predominio de pacientes ambulatorios derivados de distintos centros asistenciales donde la indicación de colonoscopia es de 'acceso abierto' [15], que podría afectar su adecuada

utilización. Estudios similares han presentado tasas equivalentes al 25 % de los procedimientos con indicación no pertinente [15,16].

Dentro de los hallazgos anormales encontrados en nuestra población, la enfermedad diverticular sin inflamación y las hemorroides son las patologías más frecuentes en los pacientes con dolor abdominal, lo cual no explica la causa del síntoma referido. Se encontró un 3,3 % de lesiones neoplásicas, cifra muy inferior a lo reportado en la literatura nacional [16,17].

Sociodemográficamente, las mujeres fueron quienes más consultaron para la realización de colonoscopia por dolor abdominal y la población provenía de diferentes áreas del departamento de Boyacá y en una mínima proporción de Santander; el 68,3 % eran mayores de 50 años, con una edad promedio de 55 años, concordante con las indicaciones dadas por la ASGE y la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) [1,18]. Sin embargo, en esta población, al presentar un predominio de sexo femenino, se podrían considerar otros métodos diagnósticos no invasivos como la resonancia magnética, que detecta más fácilmente otras causas del dolor abdominal como las fracturas por osteoporosis y quistes ováricos o hepáticos [19]. Con respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), la distribución observada difiere con respecto a la reportada por el departamento de Boyacá para el año 2021, ya que el régimen contributivo fue la minoría [20].

Una limitación inherente de este estudio es el uso de información secundaria y el carácter retrospectivo que asume el registro de los datos, más un tamaño de la población pequeña. Al ser el 76 % de los pacientes provenientes de otras instituciones de salud, no se contó con laboratorios, imágenes, resúmenes de historias que respalden la solicitud, ni caracterización del tiempo del dolor abdominal. Como fortalezas del presente estudio están la toma de registros en un centro de referencia departamental, siendo un punto de partida

para sugerir recomendaciones y nuevas estrategias dirigidas para la detección de cáncer colorrectal; otras patologías intestinales, más la adecuada indicación de los procedimientos de gastroenterología.

Conclusión

De la presente investigación podemos concluir que un tercio de los pacientes con dolor

abdominal no tenían una indicación clara del estudio y no se encontró durante la exploración colonoscópica un resultado que justificara su utilización.

Conflictos de interés: Los autores refieren que no presentan conflictos de interés.

Referencias

1. Minoli G, Meucci G, Bortoli A, Garripoli A, Gullotta R, Leo P, et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. *Am Soc Gastrointest Endosc.* 2000;52:39-44.
2. Laurell H, Hansson L, Gunnarsson U. Diagnostic pitfalls and accuracy of diagnosis in acute abdominal pain. *Scandinavian J Gastroenterol.* 2006;1126-1131. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00365520600587485>
3. Naylor J, Goryachev S, Gainer VS, Saltzman JR, Hospital W, Healthcare P. Adenoma detection rates correlate with sessile serrated polyp detection rates. *Gastrointest Endosc.* 2016;83(5):AB549. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2016.03.1123>
4. Govender I, Rangiah S, Bongongo T, Mahuma P. A primary care approach to abdominal pain in adults. *Sou Afric Fam Pract.* 2021;63(1):1-5. Disponible en: doi: 10.4102/safp.v63i1.5280
5. GOV.CO Datos Abiertos. Morbilidad hospitalización 2020. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Morbilidad-Hospitalizaci-n-2020/5mcy-sfax>
6. Bhatt A, Stevens T. Chronic abdominal pain. An evidence-based, comprehensive guide to clinical management. Kapural L, editor. New York: Springer; 2015. 29 p.
7. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, Shaheen N, Wani S, Weinberg D, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(1):31-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.07.058>
8. Macassey E, Dawes PJ. Peritonsillar abscess. *New Zeal Med J.* 2011;124(1337).
9. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. AMM. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
10. Resolución Número 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y de administración para la investigación en salud. Supersalud. Disponible en: https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsalud_r8430_93.htm
11. Lai J, Calderwood A, Doros G, Fix O, Jacobson B. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointest Endosc.* 2009;69(3 suppl.):620-625.
12. Abimbola A, Matthew B, Suryakanth G, Jonathan L, Douglas F, Kevin R et al. Is the level of cleanliness using segmental Boston bowel preparation scale associated with a higher adenoma detection rate? *Ann Gastroenterol.* 2018;217-23. Disponible en: <https://doi.org/10.20524/aog.2018.0231>
13. Fletcher RH. Rationale for combining different screening strategies. *Gastrointest Endosc Clin N Amer.* 2002;12(1):53-63. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S1052-5157\(03\)00057-6](http://doi.org/10.1016/S1052-5157(03)00057-6)
14. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, Repici A, Vieth M, De Ceglie A, et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015;47(9):829-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1392882>

15. Otero W, Rodríguez H, Gómez M. Pertinencia de la colonoscopia en dos unidades de gastroenterología de Bogotá Colombia. Rev Col Gastroenterol. 2008;23(2):101-10.
Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=337731587003
16. Gómez A, Marrugo K. Caracterización clínica y endoscópica de los pacientes llevados a colonoscopia en el Hospital Universitario Samaritana 2017-2018 Universidad del Rosario; 2020.
Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/20967>
17. The Global Cancer Observatory. Number of new cases in 2020
Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>
18. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, Chilton A, Rutter M, Dumonceau JM, et al. Quality in screening colonoscopy: Position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Endoscopy 2012;44(10):957-68. Disponible en: <http://doi.org/10.1055/s-0032-1325686>
19. Paajanen P, Lehtimäki T, Fagerström A, Paajanen H. Diagnostic potential of magnetic resonance imaging in chronic abdominal pain. Dig Surg 2020;37(3):258-64. Disponible en: doi: 10.1159/000502797
20. GOV.CO Datos Abiertos. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por municipio, régimen y administradora. Departamento de Boyacá. 2021; Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/Afiliaci-n-al-Sistema-General-de-Seguridad-Social-/vdtf-vxs4>

