



Utilidad de la prueba de sangre oculta en heces en la toma de decisiones en pacientes críticos: cohorte retrospectiva**

Utility of fecal occult blood testing for decision-making in critically ill patients: retrospective cohort

Daiana Sofía Fierro Núñez,* José J Zaragoza,* Brenda Gutiérrez Zarco,† Karina Ruby Andalón,§ Raúl Monzón Lores,* Adriana Mendoza Melo*

RESUMEN

Introducción: la prueba de sangre oculta en heces (SOH) se solicita con frecuencia en pacientes críticos ante sospecha de sangrado gastrointestinal. Su utilidad real en la toma de decisiones clínicas es controversial, ya que un resultado positivo puede inducir intervenciones sin claro beneficio. **Material y métodos:** se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en 314 pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel entre enero de 2024 y mayo de 2025. Se conformaron tres grupos: SOH positiva (n = 62), SOH negativa (n = 13) y sin SOH (n = 239). El desenlace primario fue la realización de endoscopia; secundarios: necesidad de transfusión y mortalidad hospitalaria. **Resultados:** los pacientes con SOH positiva presentaron mayor gravedad basal y mayor prevalencia de sepsis. En el análisis multivariado, la SOH positiva se asoció con mayor probabilidad de transfusión (OR ajustado 3.39; IC95% 1.78-6.43; $p < 0.001$), pero no con la realización de endoscopia ($p = 0.082$) ni con la mortalidad hospitalaria. **Conclusiones:** en pacientes críticos, un resultado positivo de SOH predice la necesidad de transfusión, pero no es un indicador independiente de endoscopia ni de mortalidad. Su utilidad como herramienta de decisión en la UCI es limitada y debe interpretarse en el contexto clínico global.

Palabras clave: prueba de sangre oculta en heces, endoscopia, pacientes críticos, transfusión, cohorte retrospectiva.

ABSTRACT

Introduction: the fecal occult blood test (FOBT) is frequently requested in critically ill patients when gastrointestinal bleeding is suspected. Its real utility in clinical decision-making is controversial, since a positive result may lead to interventions without clear benefit. **Material and methods:** a retrospective cohort study was conducted in 314 ICU patients admitted between January 2024 and May 2025. Three groups were defined: FOBT positive (n = 62), FOBT negative (n = 13), and no FOBT (n = 239). The primary outcome was the performance of endoscopy; secondary outcomes included the need for blood transfusion and in-hospital mortality. **Results:** patients with a positive FOBT presented higher baseline severity and a greater prevalence of sepsis. In the multivariable analysis, a positive result was independently associated with a higher probability of transfusion (adjusted OR 3.39; 95%CI 1.78-6.43; $p < 0.001$), but not with the performance of endoscopy ($p = 0.082$) or with in-hospital mortality. **Conclusions:** in critically ill patients, a positive FOBT result is a strong predictor of transfusion but is not an independent indicator for endoscopy or mortality. Therefore, its utility as a standalone decision-making tool in the ICU is limited, and its results must be carefully interpreted within the broader clinical context to avoid unnecessary diagnostic cascades.

Keywords: fecal occult blood test, endoscopy, critically ill patients, transfusion, retrospective cohort.

Abreviaturas:

IC95% = intervalo de confianza de 95%

** Concurso Académico de Investigación «Dr. Mario Shapiro» 2025. Ganador del tercer lugar.

* Hospital H+ Querétaro. Querétaro, México.

† Hospital General de Zona No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Querétaro, México.

§ Hospital General Regional No. 2, IMSS. Querétaro, México.

Recibido: 20/09/2025. Aceptado: 20/10/2025.

Citar como: Fierro NDS, Zaragoza JJ, Gutiérrez ZB, Andalón KR, Monzón LR, Mendoza MA. Utilidad de la prueba de sangre oculta en heces en la toma de decisiones en pacientes críticos: cohorte retrospectiva. Med Crit. 2025;39(4):238-244. <https://dx.doi.org/10.35366/122452>

www.medigraphic.com/medicinacritica

OR = Odds Ratio (razón de probabilidades)

RIC = rango intercuartílico

SAPS = Simplified Acute Physiologic Score (Puntuación Simplificada de Fisiología Aguda)

SOH = prueba de sangre oculta en heces

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

La prueba de sangre oculta en heces (SOH o FOBT, por sus siglas en inglés) se utiliza frecuentemente en pacientes críticos, como aquellos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cuando existe sospecha de sangrado gastrointestinal no evidente. Sin embargo, su valor diagnóstico en este contexto es controvertido. En condiciones de hospitalización aguda, la dieta, el uso de fármacos (anticoagulantes, antiinflamatorios, inhibidores de bomba de protones), el íleo o la presencia de sondas nasogástricas, pueden generar resultados falsos positivos o falsos negativos, lo que limita la sensibilidad y especificidad de la prueba en este escenario.¹⁻³

El problema se magnifica en la UCI, donde un resultado positivo de SOH puede desencadenar una «cascada diagnóstica»: suspensión de la nutrición enteral, solicitud de estudios de imagen como tomografía computada, interconsultas a gastroenterología o cirugía, y procedimientos invasivos como endoscopia o colonoscopia, todos con riesgos significativos para un paciente vulnerable.⁴ Además, varios estudios han demostrado que el rendimiento clínico de la prueba es bajo, y que en muchos casos los resultados no modifican la conducta terapéutica de manera significativa.⁵

Diversos análisis retrospectivos en pacientes hospitalizados han mostrado que, aun con resultados positivos de SOH, la tasa de hallazgo de una fuente hemorrágica significativa mediante endoscopia es reducida, y que con frecuencia los pacientes no reciben intervenciones adicionales o éstas no cambian su evolución clínica.⁶ Incluso se ha reportado que el uso de la prueba puede asociarse a mayor tiempo de hospitalización y retraso en procedimientos diagnósticos como la endoscopia.

En el paciente crítico, las limitaciones son aún más evidentes: irregularidad en las evacuaciones, alimenta-

ción enteral continua, uso frecuente de fármacos que afectan la mucosa o la coagulación, e imposibilidad de realizar restricciones dietéticas previas. hacen que la SOH pierda fiabilidad. En este escenario, un resultado negativo no descarta un sangrado clínicamente relevante, y un resultado positivo puede deberse a causas menores o irrelevantes desde el punto de vista clínico.⁷

Por otro lado, los desenlaces clínicos en UCI difieren de los de la población general: no se busca principalmente la detección de neoplasias, sino la prevención de complicaciones agudas, la estabilidad hemodinámica, la continuidad de la nutrición enteral y la reducción de procedimientos innecesarios.⁸ La suspensión injustificada de la nutrición enteral puede comprometer la integridad de la mucosa, aumentar la translocación bacteriana y el riesgo de infecciones, además de favorecer complicaciones metabólicas.⁹

Recientemente, intervenciones educativas dirigidas al personal médico han demostrado reducir la solicitud de SOH sin empeorar los desenlaces clínicos, lo que subraya la necesidad de reconsiderar el rol de la prueba en este escenario. En este contexto, la SOH debería emplearse con criterios estrictos y siempre integrada a la valoración clínica global, en lugar de utilizarse como un examen de rutina en pacientes hospitalizados o críticos.¹⁰ Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad clínica de la prueba de SOH en una cohorte de pacientes críticos, determinando su asociación independiente con la realización de endoscopia, la necesidad de transfusión y la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en una UCI de un centro hospitalario de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años ingresados en la UCI entre enero de 2024 y mayo de 2025, utilizando una base de datos prospectivamente recolectada. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución, el cual eximió el requerimiento de consentimiento informado por la naturaleza retrospectiva y anonimizada del análisis.

Criterios de selección y definición de cohortes. De un total inicial de 526 pacientes, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: estancia en UCI menor a 48 horas, y presencia de sangrado gastrointestinal clínicamente evidente al momento del ingreso.

Los pacientes fueron divididos en tres grupos para el análisis comparativo. Grupo SOH positiva (SOH+): pacientes a quienes se les realizó una prueba de SOH con resultado positivo. Grupo SOH negativa (SOH-): sujetos a los que se les practicó una prueba de SOH con resultado negativo y 3) Grupo No-SOH: pacientes que cumplieron los criterios de selección, pero a quie-

nes no se les solicitó una prueba de SOH durante su estancia en UCI, sirviendo como grupo de control de la práctica clínica basal.

Desenlaces y variables recolectadas. El desenlace primario fue la realización de una endoscopia digestiva (alta o baja) durante la estancia en la UCI. Los desenlaces secundarios incluyeron la necesidad de transfusión de paquetes globulares y la mortalidad hospitalaria. Se recolectaron variables demográficas, scores de gravedad al ingreso (SAPS III, Índice de Charlson), comorbilidades y variables de soporte vital. Se registraron específicamente los principales factores de confusión que podrían influir en la decisión de realizar una endoscopia, como el uso de anticoagulantes, antiagregantes y esteroides.¹¹

Análisis estadístico. Para el análisis descriptivo, las variables continuas se presentaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon usando la prueba de Kruskal-Wallis. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes (n, %) y se compararon con la prueba de χ^2 . Para evaluar el impacto independiente del resultado de la prueba de SOH, se construyeron modelos de regresión logística multivariada, reportando *odds ratio* (OR) ajustados con sus intervalos de confianza de 95% (IC95%). El modelo para el desenlace primario (endoscopia) fue ajustado por porcentaje de mortalidad predicha por SAPS III, Índice de Charlson, sepsis al ingreso, uso previo de anticoagulantes y uso de antiagregantes. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

El análisis se realizó con el software STATA v.16.1 StataCorp LLC, College Station, Texas.

RESULTADOS

Características de la cohorte

De un total inicial de 526 pacientes, 197 tuvieron estancia en UCI menor a 48 horas y 15 presencia de sangrado gastrointestinal clínicamente evidente al momento del ingreso por lo que fueron excluidos. La cohorte final para el análisis consistió en 314 pacientes con mediana de edad de 63 años (RIC 48-77). De éstos, 62 (19.7%) tuvieron un resultado SOH positiva, 13 (4.1%) resultado negativo y a 239 (76.1%) no se les realizó la prueba.

Se observaron diferencias significativas en las características basales, lo que implica un sesgo de indicación. Los pacientes del grupo SOH positiva presentaron mayor gravedad basal (mediana de SAPS III 58 versus 46 en el grupo No-SOH, $p < 0.001$) y mayor prevalencia de sepsis (56.5 versus 18.8%, $p < 0.001$). Asimismo, este grupo tuvo estancias en UCI y hospitalarias significativamente más prolongadas (mediana de ocho versus tres días en UCI, $p < 0.001$). Las características detalladas se muestran en la [Tabla 1](#).

Tabla 1: Características basales de los pacientes según el grupo de estudio.

Variable	Total N = 314 n (%)	SOH positiva N = 62 n (%)	SOH negativa N = 13 n (%)	No se realizó SOH N = 239 n (%)	p
Edad (años)*	63 [48-77]	62.5 [44-77]	69 [50-82]	63 [48-77]	0.950
Sexo masculino	185 (58.9)	32 (51.6)	11 (84.6)	142 (59.4)	0.085
Peso (kg)*	73 [62.5-84]	65.5 [58-76]	70 [65-77]	75 [65-84]	0.004
Talla (cm)*	166 [160-172]	163 [159-170]	170 [169-170]	167 [160-172]	0.046
IMC (kg/cm²)*	26 [22.8-29.3]	23.15 [22-27.6]	24.2 [22.8-26.1]	26.6 [23.95-29.55]	0.003
Días UTI	4 [2-8]	8 [3-13]	5 [2-10]	3 [2-6]	< 0.001
Estado egreso UTI	20 (6.4)	4 (6.5)	0 (0.0)	16 (6.7)	0.630
Destino egreso UTI					
Atención domiciliaria/home-care	5 (1.6)	1 (1.6)	0 (0.0)	4 (1.7)	0.460
Casa	131 (41.7)	21 (33.9)	5 (38.5)	105 (43.9)	0.460
Desconocido/Otro	3 (1.0)	2 (3.2)	0 (0.0)	1 (0.4)	0.460
Hospitalización/Pabellón/Piso	138 (43.9)	28 (45.2)	7 (53.8)	103 (43.1)	0.460
Muerto	20 (6.4)	4 (6.5)	0 (0.0)	16 (6.7)	0.460
Otro hospital	17 (5.4)	6 (9.7)	1 (7.7)	10 (4.2)	0.460
Días de estancia hospitalaria*	6 [3-10]	11 [5-19]	10 [7-12]	5 [3-8]	< 0.001
Mortalidad hospitalaria	20 (6.4)	4 (6.5)	0 (0.0)	16 (6.7)	0.630
Destino al egreso del hospital					
Atención domiciliaria/home-care	6 (1.9)	1 (1.6)	0 (0.0)	5 (2.1)	0.250
Casa	269 (85.7)	49 (79.0)	12 (92.3)	208 (87.0)	0.250
Muerto	20 (6.4)	4 (6.5)	0 (0.0)	16 (6.7)	0.250
Otro hospital	19 (6.1)	8 (12.9)	1 (7.7)	10 (4.2)	0.250
Paliativo					
No	299 (95.2)	60 (96.8)	13 (100.0)	226 (94.6)	0.670
Sí, limitar	9 (2.9)	2 (3.2)	0 (0.0)	7 (2.9)	0.670
Sí, orden de no resucitar (DNR)	6 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.5)	0.670
GMM	1 [0-1]	1 [0-1]	0 [0-1]	1 [0-1]	0.320
Origen					
Hospitalización/Pabellón/Piso	45 (14.3)	14 (22.6)	1 (7.7)	30 (12.6)	0.016
Sala de cirugía	55 (17.5)	5 (8.1)	2 (15.4)	48 (20.1)	0.016
Sala de intervención cardiovascular/Sala de hemodinamia	47 (15.0)	2 (3.2)	2 (15.4)	43 (18.0)	0.016
Servicio de urgencias	165 (52.5)	41 (66.1)	8 (61.5)	116 (48.5)	0.016
Transferencia de otro centro hospitalario	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.8)	0.016
Tipo ingreso					
Cirugía de emergencia	44 (14.0)	4 (6.5)	3 (23.1)	37 (15.5)	0.110
Cirugía programada	37 (11.8)	4 (6.5)	2 (15.4)	31 (13.0)	0.110
Médico	233 (74.2)	54 (87.0)	8 (61.5)	171 (71.5)	0.110
Sepsis	83 (26.4)	35 (56.5)	3 (23.1)	45 (18.8)	< 0.001
Charlson*	1 [0-2]	1 [0-3]	0 [0-1]	1 [0-2]	0.003
IMF (puntos)*	1 [0-2]	1 [0-2]	1 [0-2]	1 [0-2]	0.890
SAPS III (puntos)*	48.5 [39-60]	58 [47-72]	50 [44-63]	46 [38-57]	< 0.001
Estado crónico					
Independiente	267 (85.0)	47 (75.8)	13 (100.0)	207 (86.6)	0.091
Necesidad de asistencia	38 (12.1)	11 (17.7)	0 (0.0)	27 (11.3)	0.091
Restringido/Confinado al lecho	9 (2.9)	4 (6.5)	0 (0.0)	5 (2.1)	0.091
NYHA II-III	24 (7.6)	6 (9.7)	1 (7.7)	17 (7.1)	0.800
IRC si TRR	4 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.7)	0.530
Cirrosis Child A-B	3 (1.0)	2 (3.2)	0 (0.0)	1 (0.4)	0.120
Cirrosis Child C	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	0.850
Tumor sólido	20 (6.4)	7 (11.3)	0 (0.0)	13 (5.4)	0.150
Esteroides	1 (0.3)	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.130
HAS (mmHg)	116 (36.9)	17 (27.4)	8 (61.5)	91 (38.1)	0.052
DM no complicada	63 (20.1)	14 (22.6)	3 (23.1)	46 (19.2)	0.810
Arritmia	22 (7.0)	4 (6.5)	1 (7.7)	17 (7.1)	0.980
Tabaco	5 (1.6)	2 (3.2)	0 (0.0)	3 (1.3)	0.490
Presión (mmHg)*					
Sistólica baja	100 [90-120]	96 [83-101]	112 [90-130]	105 [95-124]	< 0.001
Diastólica baja	60 [55-70]	60 [50-66]	68 [55-75]	61 [55-70]	0.009
Arterial media baja	75.835 [67.33-87]	70 [61.67-78.33]	82 [70-93.33]	76.67 [69-89]	0.001
FC alta*	88 [74-100]	96.5 [80-108]	98 [89-110]	82 [72-98]	< 0.001

Continúa la Tabla 1: Características basales de los pacientes según el grupo de estudio.

Variable	Total N = 314 n (%)	SOH positiva N = 62 n (%)	SOH negativa N = 13 n (%)	No se realizó SOH N = 239 n (%)	p
Temperatura (°C)*	36.4 [36-36.9]	36.8 [36-37.3]	36.5 [36-36.7]	36.2 [36-36.7]	0.002
Leucocitos ($\times 10^3$ cél)*	9.4 [7.13-13.51]	9.55 [6.8-15]	8.4 [7.5-13.2]	9.35 [7.18-12.9]	0.990
Plaquetas ($\times 10^3$)*	210 [145-283]	209 [122-302]	235 [179-308]	210.5 [150-275.5]	0.580
Creatinina (mg/dL)*	1 [0.8-1.4]	1.18 [0.8-2]	0.97 [0.7-1.3]	1 [0.8-1.33]	0.450
Bilirrubina*	0.5 [0.28-0.9]	0.5 [0.23-1.5]	0.35 [0.3-0.7]	0.5 [0.29-0.9]	0.710
pH bajo*	7.35 [7.32-7.37]	7.35 [7.3-7.38]	7.31 [7.28-7.35]	7.35 [7.35-7.4]	0.057
FiO ₂ alta*	21 [21-30]	21 [21-30]	23 [21-25]	21 [21-30]	0.880
Lactato (mmol/L)*	1.7 [1-2.5]	1.96 [1.4-2.8]	1.75 [1.45-2.65]	1.4 [1-2.4]	0.038
Urea (mg/dL)*	40.7 [30-66]	44.95 [25-80]	39 [27.5-60.7]	40 [30-63]	0.320
BUN (mg/dL)*	19.02 [14.02-30.84]	21.005 [11.68-37.38]	18.225 [12.85-28.365]	18.69 [14.02-29.44]	0.320
Uso ventilación mecánica	42 (13.4)	11 (17.7)	2 (15.4)	29 (12.1)	0.500
Días de ventilación mecánica*	5.5 [2-13]	9 [2-16]	8 [1-15]	5 [2-10]	0.380
Transfusión	103 (32.8)	37 (59.7)	6 (46.2)	60 (25.1)	< 0.001
Uso de complejo protrombínico	64 (20.4)	25 (40.3)	3 (23.1)	36 (15.1)	< 0.001
Endoscopia	17 (5.4)	8 (12.9)	0 (0.0)	9 (3.8)	0.012
Glucosa (mg/dL)*	118 [102.4-150.3]	110.65 [94.9-147.9]	123.7 [104.7-157]	120.8 [103.2-151.2]	0.110
Procalcitonina (ng/mL)*	0.48 [0.12-2.09]	0.755 [0.15-2.76]	0.38 [0.13-1.32]	0.38 [0.1-1.94]	0.320
Sangrado clínico intestinal	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	–
Esteroides previo a ingreso	10 (3.2)	4 (6.5)	2 (15.4)	4 (1.7)	0.006
Antiagregante	5 (1.6)	0 (0.0)	1 (7.7)	4 (1.7)	0.130

Las comparaciones se realizaron con la prueba de χ^2 para variables categóricas y la prueba de Kruskal-Wallis para variables continuas.

BUN = nitrógeno ureico en sangre (*Blood Urea Nitrogen*). DM = diabetes mellitus. FC = frecuencia cardíaca. GMM = gastos médicos mayores. HAS = hipertensión arterial sistémica. IMC = índice de masa corporal. IMF = índice de fragilidad modificado. IRC = insuficiencia renal crónica. NYHA = *New York Heart Association* (Asociación Cardíaca de Nueva York). SAPS = *Simplified Acute Physiologic Score* (Puntuación Simplificada de Fisiología Aguda). SOH = prueba de sangre oculta en heces. TRR = terapia de reemplazo renal. UTI = Unidad de Terapia Intensiva.

* Valores expresados en mediana y [rango intercuartílico].

Análisis de desenlaces

En el análisis bivariado, las tasas de endoscopia y transfusión fueron significativamente mayores en el grupo SOH positiva (*Figura 1*).

Tras el ajuste multivariado, un resultado SOH positiva se asoció de forma independiente y significativa con una mayor probabilidad de recibir una transfusión de paquetes globulares (OR ajustado 3.39, IC95% 1.78-6.43, $p < 0.001$).

Para el desenlace primario, la asociación entre un resultado SOH positiva y la realización de una endoscopia mostró una fuerte tendencia, aunque no alcanzó significancia estadística (OR ajustado 2.68, IC95% 0.88-8.18, $p = 0.082$). Ningún paciente del grupo SOH negativa recibió una endoscopia, impidiendo el cálculo de OR para este grupo. No se encontró asociación significativa entre el resultado de la SOH y la mortalidad hospitalaria.

Los resultados completos de los modelos de regresión se detallan en la *Tabla 2*, y el análisis del desenlace primario se visualiza en la *Figura 2*.

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

El hallazgo principal de nuestro estudio es que la utilidad clínica de la prueba de sangre oculta en heces en

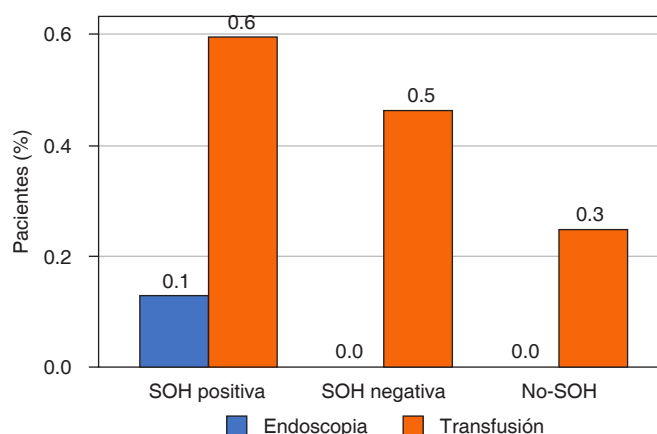


Figura 1: Tasas de intervención por grupo de estudio. Gráfico de barras que muestra el porcentaje de pacientes que recibieron una endoscopia o una transfusión en cada uno de los tres grupos de estudio. Los porcentajes se refieren a las tasas crudas sin ajustar. SOH = prueba de sangre oculta en heces.

la UCI es cuestionable. Demostramos que la solicitud de esta prueba se dirige a una población de pacientes con mayor gravedad y comorbilidad basal, un claro ejemplo de sesgo por indicación. Si bien un resultado positivo se asocia fuertemente con la decisión de transfundir, su impacto en la realización de una endoscopia, el paso diagnóstico definitivo pierde significancia es-

tadística al ajustar por la condición clínica del paciente. Este hallazgo sugiere que la gravedad del paciente es el verdadero motor de la cascada de investigación, y no necesariamente el resultado de la prueba en sí. La falta de asociación con una mejoría en la supervivencia refuerza la necesidad de reevaluar el papel de esta prueba en el algoritmo de manejo del paciente crítico.^{12,13}

Comparación con estudios previos

La evidencia disponible sobre el uso de la prueba de SOH en pacientes críticos es escasa, en contraste con la abundancia de investigaciones en el contexto de hospitalización general. En dichos escenarios, se ha documentado consistentemente que un resultado positivo rara vez se traduce en la identificación de una fuente hemorrágica significativa mediante endoscopia y que su impacto en la conducta terapéutica es limitado. Tao y colaboradores mostraron no hubo significancia estadística entre el grupo SOH y el grupo No-SOH en endoscopias realizadas ($p = 0.66$);¹ por lo tanto, no hay utilidad en realizar el SOH. Incluso se ha descrito que la prueba puede asociarse con retrasos en el abordaje endoscópico y con mayor tiempo de hospitalización, lo que ha llevado a cuestionar su uso rutinario. En 2022, Narayanan y asociados^{7,14} concluyeron que un análisis de SOH positiva resultó en tasas significativamente más altas de endoscopia (36.2%) en comparación con el mismo estudio negativo (10.5%, $p < 0.01$). De manera similar, la incidencia de colonoscopia también fue significativamente mayor con SOPH positiva (14.9%) versus con SOH negativa (6.6%, $p < 0.01$).

Nuestros resultados coinciden parcialmente con estos hallazgos, al mostrar que en la UCI un resultado positivo se relaciona con mayor probabilidad de transfu-

sión, pero no con la indicación independiente de endoscopia ni con una reducción en la mortalidad hospitalaria. Este patrón es congruente con lo reportado en estudios que han resaltado el bajo valor clínico de la prueba en pacientes hospitalizados y su escasa influencia en los desenlaces clínicos globales.^{15,16}

La principal diferencia que aporta nuestro análisis radica en la población crítica; mientras que en estudios de hospitalización general el resultado positivo ha sido interpretado como un gatillo para investigación diagnóstica, en la UCI parece ser más un reflejo de la gravedad basal del paciente. Este hallazgo introduce un matiz novedoso, lo que sugiere la utilidad aparente de la SOH es

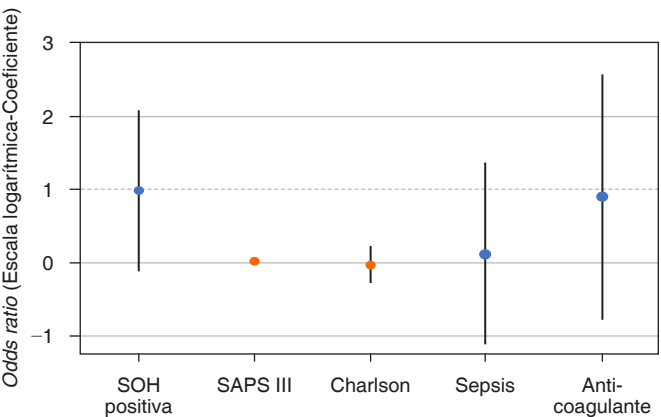


Figura 2: Forest plot del odds ratio ajustado para la realización de endoscopia. El gráfico muestra el odds ratio (círculo) y el intervalo de confianza de 95% (línea horizontal) para la realización de una endoscopia en los grupos SOH positiva y SOH negativa, en comparación con el grupo de referencia (No se realizó SOH). La línea vertical punteada en 1.0 indica la ausencia de efecto. El modelo está ajustado por SAPS III, Índice de Charlson, sepsis, uso de anticoagulantes y antiagregantes. SAPS = Simplified Acute Physiologic Score (Puntuación Simplificada de Fisiología Aguda). SOH = prueba de sangre oculta en heces.

Tabla 2: Análisis de regresión logística multivariada para los desenlaces clínicos.

Característica	Endoscopia OR ajustado [IC95%]	p	Transfusión OR ajustado [IC95%]	p	Mortalidad hospitalaria OR ajustado [IC95%]	p
Grupo de Estudio (Ref: No-SOH)						
SOH positiva	2.68 [0.88-8.18]	0.082	3.39 [1.78-6.44]	< 0.001	0.39 [0.10-1.51]	0.171
SOH negativa	No calculable*	—	2.33 [0.70-7.72]	0.167	No calculable*	—
Gravedad						
SAPS III (% mortalidad)	1.02 [0.99-1.04]	0.103	1.01 [1.00-1.03]	0.048	1.04 [1.02-1.07]	< 0.001
Índice de Charlson	0.98 [0.77-1.26]	0.885	1.16 [1.01-1.33]	0.039	1.25 [1.02-1.53]	0.031
Condiciones basales						
Sepsis al ingreso (Sí vs No)	1.14 [0.33-3.99]	0.836	1.18 [0.60-2.29]	0.632	0.61 [0.18-2.08]	0.428
Anticoagulantes previos (Sí vs No)	2.47 [0.46-13.1]	0.290	2.19 [0.77-6.17]	0.140	1.42 [0.24-8.51]	0.699
Antiagregante (Sí vs No)	No calculable*	—	9.72 [0.97-97.4]	0.054	4.65 [0.34-64.6]	0.250

Se muestran los odds ratio (OR) ajustados con sus intervalos de confianza de 95% (IC95%). El grupo de referencia es «No se realizó SOH». Todos los modelos fueron ajustados por SAPS III, Índice de Charlson, sepsis al ingreso, uso de anticoagulantes y antiagregantes.
* El OR no es calculable debido a la ausencia de eventos en el grupo SOH negativa.
SAPS = Simplified Acute Physiologic Score (Puntuación Simplificada de Fisiología Aguda). SOH = prueba de sangre oculta en heces.

en gran medida un reflejo del sesgo de indicación, más que un verdadero valor diagnóstico.¹⁷

La principal contribución de este estudio es su análisis multivariado que, al ajustar por la gravedad del paciente y sus comorbilidades, clarifica el debate sobre la utilidad real de la SOH en la UCI. Nuestros resultados proveen evidencia robusta para abandonar su solicitud rutinaria, hallazgo que se alinea con las guías clínicas actuales que promueven la reducción de procedimientos innecesarios. Por tanto, sostenemos que la decisión de investigar un sangrado oculto en el paciente crítico debe fundamentarse en una valoración clínica integral, en lugar de depender del resultado aislado de una prueba de bajo rendimiento.^{9,18}

Limitaciones y fortalezas del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, su diseño retrospectivo impide establecer relaciones causales directas y abre la posibilidad de que variables no medidas hayan influido en los resultados. En segundo lugar, se trata de un análisis de un solo centro, lo que limita la generalización de los hallazgos a otros entornos de UCI con diferente perfil epidemiológico o prácticas clínicas. Asimismo, el tamaño reducido del grupo con resultado SOH negativa restringe la precisión estadística de las estimaciones en este subgrupo, fenómeno ya señalado en series previas de hospitalización general donde la baja prevalencia de resultados negativos dificulta el análisis robusto.

Adicionalmente, el sesgo de indicación constituye un reto inherente a este tipo de investigaciones: los pacientes a quienes se solicita la prueba suelen presentar mayor gravedad basal, lo que condiciona tanto la probabilidad de intervenciones como los desenlaces, y puede enmascarar el verdadero impacto de la SOH sobre la toma de decisiones clínicas.

No obstante, el estudio también aporta fortalezas relevantes. El uso de una base de datos recolectada de manera prospectiva asegura la calidad y completitud de la información, minimizando el riesgo de sesgos de registro. La inclusión de un grupo control sin prueba de SOH permite estimar el impacto neto de su solicitud en la práctica clínica habitual, lo que representa un valor agregado respecto a estudios previos que sólo comparaban pacientes con resultados positivos o negativos. Además, la aplicación de modelos de regresión multivariada ajustados por los principales factores de confusión fortalece la validez de los hallazgos, reduciendo la influencia del sesgo de indicación en la interpretación de los resultados.

La literatura señala, además, que la suspensión no justificada de la nutrición enteral compromete la integridad de la mucosa y aumenta el riesgo infeccioso y metabólico.^{9,19}

Implicaciones clínicas y direcciones futuras

Nuestros hallazgos tienen implicaciones directas para la práctica clínica en la UCI. Demostramos que un resultado positivo de SOH, si bien se asocia con la necesidad de transfusión, no es un predictor independiente de la necesidad de endoscopia ni de la mortalidad. Por lo tanto, su rol debe ser reclasificado: de una herramienta de decisión a un marcador inespecífico de gravedad. En la práctica, esto implica que la solicitud de SOH debe abandonarse como práctica rutinaria y reservarse para escenarios clínicos altamente seleccionados. Su uso indiscriminado no sólo carece de beneficio clínico tangible, sino que puede ser perjudicial al desencadenar cascadas diagnósticas que incluyen la suspensión injustificada de la nutrición enteral y la realización de procedimientos invasivos innecesarios.

Hacia el futuro, la investigación debe centrarse en tres áreas clave. Primero, es imperativo validar estos hallazgos mediante estudios prospectivos y multicéntricos que reflejen la diversidad de la práctica clínica. Segundo, se deben desarrollar y validar modelos predictivos robustos que integren variables clínicas, biomarcadores y scores de gravedad para guiar de forma más precisa la indicación de endoscopia. Finalmente, es crucial realizar análisis de costo-efectividad que cuantifiquen el impacto económico y de seguridad de una política de restricción en el uso de la SOH. Esta evidencia será fundamental para el desarrollo de futuras guías de práctica clínica que optimicen el manejo del paciente crítico.

CONCLUSIONES

En pacientes críticos, un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces (SOH) es un predictor de la necesidad de transfusión, pero no se asocia de forma independiente con la indicación de endoscopia ni con la mortalidad. Nuestro análisis multivariado, el principal aporte de este estudio, demuestra que la condición clínica global del paciente, y no el resultado de la prueba, es el verdadero motor de la cascada diagnóstica.

Por lo tanto, la SOH debe ser considerada un marcador inespecífico de gravedad y no una herramienta de decisión. Su uso rutinario en la UCI debe ser abandonado para evitar intervenciones innecesarias, como la suspensión de la nutrición enteral y procedimientos invasivos sin beneficio claro. Futuros estudios prospectivos y multicéntricos son necesarios para validar estos hallazgos y fundamentar una práctica clínica más racional y segura.

REFERENCIAS

1. Tao J, Baloch L, Khan N, Dawood A. S778 A retrospective cohort study: utility of fecal occult blood test in the acute hospital setting and its clinical impacts. *Am J Gastroenterol.* 2023;118(10S):S572-S573.

2. Lee B, Williams R, Weinshel E, Zabar S, Malter L. S1306 virtual pivot: Gastroenterology fellows' perception of a teleconferencing platform to conduct objective structured clinical examinations. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):S602.
3. Lee MW, Pourmorady JS, Laine L. Use of fecal occult blood testing as a diagnostic tool for clinical indications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(5):662-670.
4. Mathews B, Ratcliffe T, Sehgal R, Abraham J, Monash B. Fecal occult blood testing in hospitalized patients with upper gastrointestinal bleeding. *J Hosp Med*. 2017;12(7):567-569.
5. Almoneef NM, Alkhenizan AH, Mahmoud AS, Alsoghayer SA, Aldheshe AA. The yield of fecal occult blood testing as a screening tool for colon cancer in a primary care setting. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(8):4435-4439.
6. Mosadeghi S, Ren H, Catungal J, Yen I, Liu B, Wong RJ, et al. Utilization of fecal occult blood test in the acute hospital setting and its impact on clinical management and outcomes. *J Postgrad Med*. 2016;62(2):91-95.
7. Ip S, Sokoro AAH, Kaita L, Ruiz C, McIntyre E, Singh H. Use of fecal occult blood testing in hospitalized patients: results of an audit. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2014;28(9):489-494.
8. Kistler CE, Kirby KA, Lee D, Casadei MA, Walter LC. Long-term outcomes following positive fecal occult blood test results in older adults: benefits and burdens. *Arch Intern Med*. 2011;171(15):1344-1351.
9. Jamil S, Tran H, Sunkavalli M, Rani A. Limited clinical utility of the fecal occult blood test for evaluation of gastrointestinal bleed in hospitalized patients. *Am J Gastroenterol*. 2013;108:S605-S606.
10. Soin S, Akanbi O, Ahmed A, Kim Y, Pandit S, Wroblewski I, et al. Use and abuse of fecal occult blood tests: a community hospital experience. *BMC Gastroenterol*. 2019;19(1):161.
11. Fortinsky KJ, Barkun AN. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. In: Chandrasekhara V, Elmunzer BJ, Khashab M, Raman Muthusamy V. *Clinical Gastrointestinal Endoscopy*. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2019.
12. Sengupta N, Feuerstein JD, Jairath V, Shergill AK, Strate LL, Wong RJ, et al. Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding: an updated ACG guideline. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(2):208-231.
13. Jensen DM, Machicado GA. Colonoscopy for diagnosis and treatment of severe lower gastrointestinal bleeding: routine outcomes and cost analysis. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1997;7(3):477-498.
14. Challa SR, Buluku G, Gboluaje T, Chaudhry A, Kibreab A, Aduli F, et al. Assessment of Fecal occult blood testing in acute hospital settings: perspectives of internal medicine residents in a multicenter study. *Cureus*. 2025;17(7):e88524.
15. Reintam-Blaser A, Starkopf J, Alhazzani W, Berger MM, Casaer MP, Deane AM, et al. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. *Intensive Care Med*. 2017;43(3):380-398.
16. Méndez G, Rivera-Matos L, Shuja A. Faecal occult blood testing: a review of its use and common misutilisation. *BMJ Open Gastroenterol*. 2025;12(1):e001876.
17. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the international consensus group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805-822.
18. Ajumobi A, De Castro J, Qureshi A. De-implementation of fecal occult blood testing in the Emergency department and hospital units: a quality improvement project. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2024;14(1):13-17.
19. Narayanan S, Bertran-Rodriguez C, Cavalaris CP, Miller NL, Segarra C, Wright W, et al. S672 diagnostic utility of inpatient fecal occult blood testing. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(10S):e463-e464.

Patrocinios: este estudio no recibió financiamiento externo.

Relación de conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dra. Daiana Sofía Fierro Núñez

E-mail: daiana.2609.df@gmail.com