



ARTÍCULO ORIGINAL

Comparación de 2 tipos de preparación intestinal para la realización de colonoscopia en un hospital de tercer nivel



María Lourdes Altamirano Castañeda*, Óscar Víctor Hernández Mondragón, Gerardo Blanco Velasco y Juan Manuel Blancas Valencia

Servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital de Especialidades UMAE (Unidad Médica de Alta Especialidad), Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, D.F., México

Recibido el 1 de noviembre de 2015; aceptado el 10 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 24 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Polietilenglicol;
Aceite de oliva;
Limpieza colónica;
Tolerabilidad;
Eficacia

Resumen

Antecedentes: La colonoscopia es el método para evaluar el colon. La preparación con polietilenglicol (PEG) es utilizada para la limpieza colónica. Sin embargo, la tolerabilidad y efectos adversos son frecuentes.

Objetivo: Comparar la eficacia mediante la escala de Boston y Harefield, y la tolerabilidad con la escala visual análoga, en 2 tipos de preparación colónica: grupo 1 = PEG 4L (PEG 4L) y grupo 2 = 30 ml de aceite de oliva (OL) más PEG en 2 l de agua (30 OL + PEG 2L).

Metodología: Ensayo clínico, prospectivo, aleatorizado, unicéntrico. Los sujetos fueron aleatorizados en 2 grupos: PEG 4L, y 30 OL + PEG 2L. Se valoró la tolerancia de la preparación mediante escala visual análoga y la calidad de la limpieza con las escalas de Boston y Harefield.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 22 (52.38%) se trataron con PEG 4L y 20 (47.62%) con 30 OL + PEG 2L. Veintidós (52.38%) fueron hombres y 20 (47.62%) mujeres. El resultado más frecuente de la tolerabilidad de la preparación del grupo 1 y 2 fue *tolerancia parcial* en 18 (42.9%) y 23 (54.76%) pacientes respectivamente, sin ser estadísticamente significativo. PEG 4L tuvo un promedio de calificación de Boston de 6.04 puntos, y la de 30 OL + PEG 2L fue de 6.65 puntos, $p=0.9$. La calificación de Harefield fue exitosa en 35 pacientes (83.3%).

Conclusiones: La preparación colónica con 30 OL + PEG 2L al tener resultados de limpieza similares a la dosis de PEG 4L podría utilizarse en aquellos pacientes que no toleren dosis altas de líquidos.

© 2015 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital de Especialidades UMAE, Centro Médico Nacional, Siglo XXI. Av. Cuauhtémoc Col. Doctores 330. CP 06720. Distrito Federal. Teléfono: +55 56 27 69 00; Celular: +044-5559678771.

Correo electrónico: altamirano.lourdes@me.com (M.L. Altamirano Castañeda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2015.12.004>

0188-9893/© 2015 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Polyethylene glycol;
Olive oil;
Colonic cleansing;
Tolerability;
Efficacy

Comparison of 2 types of bowel preparation for colonoscopy in a tertiary referral center**Abstract**

Background: Colonoscopy is the method to evaluate the colon. The preparation with polyethylene glycol (PEG) is used for colonic cleansing. However, tolerability and side effects are common.

Objective: To compare effectiveness through Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) and Harefield Cleansing Scale (HCS), and tolerability with the visual analog scale in 2 types of colonic preparation: group 1 = PEG 4 liters (4L PEG) and group 2 = 30 ml olive (OL) plus PEG in 2 liters of water (30 OL + 2L PEG).

Methodology: Clinical, prospective, randomized, single-center trial. The subjects were randomized into 2 groups: 4L PEG, and 30 OL + 2L PEG. Preparation tolerance was evaluated with visual analog scale and preparation quality with the BBPS and HCS.

Results: Forty two patients were included. Twenty two (52.38%) were included with 4L PEG, and 20 (47.62%), with 30 OL + 2L PEG. 22 (52.38%) were men and 20 (47.62%) were women. The most frequent answer was *partial tolerance* in 18 (42.9%) and 23 (54.76%) patients, respectively, without statistical significance. The comparison in both preparations, 4L PEG had an average score of 6.04 points, and 30 OL + 2L PEG 6.65 points by BBPS ($P = .9$). HCS was successful in 35 patients (83.3%).

Conclusions: The administration of 30 OL + 2L PEG has similar cleansing results compared with the standard bowel preparation, which may be an alternative used in patients who are intolerable to high doses of liquids.

© 2015 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La colonoscopia es la estrategia recomendada para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades colónicas y el cáncer colorrectal, y es la segunda neoplasia más frecuente en ambos sexos en países occidentales^{1,2}. Para un estudio de colonoscopia adecuado, se deben cumplir requisitos de calidad indispensables para asegurar su máximo rendimiento; uno de ellos es la limpieza del intestino, si resulta inadecuada, quedarán zonas sin explorar y lesiones adenomatosas polipoideas, pero sobre todo planas, que no podrán ser detectadas^{3,4}. Las lesiones pequeñas y/o planas son aquellas que surgen con mayor predominio en el colon ascendente, donde generalmente la probabilidad de eficacia en la limpieza es menor⁵. Se estima que alrededor del 10-20% de las colonoscopias tienen una preparación inadecuada y se asocia a una evaluación incompleta de la mucosa, incremento del tiempo de procedimiento, mayor número de complicaciones, malestar del paciente por exceso de insuflación y menor detección de adenomas⁶. La preparación debe cumplir el objetivo de no causar malestar al paciente o cambios serios en los líquidos o electrolitos, así como que sea económico⁷.

En la práctica actual, el polietilenglicol (PEG 3350) se convirtió en el estándar de oro para la colonoscopia ya que es bastante seguro; y no ocasiona absorción o secreción neta de líquidos y electrolitos⁸. Aproximadamente el 20% de los pacientes que consumen PEG no tiene adecuada limpieza intestinal⁹.

Existen múltiples estudios que evalúan la forma de administración del polietilenglicol asociado con laxantes, tanto la

dosis estándar de PEG, como la dosis dividida; sin embargo, ninguna ha sido superior¹⁰⁻¹⁵. Sharma et al.¹⁶ encontraron que el uso de laxantes más 2 L de PEG en términos de preparación y satisfacción podrían tener mejores resultados.

Este estudio comparó la calidad de limpieza del colon, la satisfacción del paciente y los efectos secundarios de un volumen convencional (4L) de PEG con las de un bajo (2L) volumen de PEG combinado con el tratamiento previo de aceite de oliva.

Material y métodos

Se trata de un ensayo clínico, prospectivo, aleatorizado, unicéntrico. Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva a pacientes mayores de 18 años, ambos géneros, con enfermedades diversas, a los que se les solicitó colonoscopia de forma externa, de enero a junio de 2015 en el Centro Médico Nacional siglo XXI IMSS. Los motivos de exclusión fueron alergias conocidas al polietilenglicol y antecedente de resección intestinal.

Los sujetos fueron aleatorizados en 2 grupos: grupo 1, pacientes preparados con PEG 4L iniciando a las 17 h del día previo al estudio (PEG 4L); y grupo 2, aquellos preparados con aceite de oliva 30 ml a las 15 h y a las 18 h ingerían 2 sobres (210 g cada uno) de PGE libre de fosfato (PEG 3350) de nombre comercial Sulizol® o Nulytelly® natural; en 2 l de agua (30 OL + PEG 2L). A todos los individuos se les explicó la importancia de la correcta preparación del colon y se les dio instrucciones verbales y escritas para el lavado anterógrado. Después de otorgar el consentimiento informado por escrito,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287520>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287520>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)