



PROGRESOS EN ENDOSCOPIA

Preparación para colonoscopia. ¿Algún avance significativo en el horizonte?



Liseth Rivero-Sánchez y María Pellisé*

Unidad de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Institut Clínic de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

Recibido el 21 de agosto de 2014; aceptado el 27 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 12 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Preparación colonoscopia;
Cribado cáncer colorrectal;
Calidad colonoscopia;
Tolerabilidad;
Cuestionario;
Polietilenglicol

Resumen La colonoscopia es el método de elección para el cribado de cáncer colorrectal. Para lograr su objetivo es imprescindible que la colonoscopia de cribado presente unos estándares de calidad elevados. En este contexto la calidad de la preparación es un elemento clave. Sin embargo, hasta un 20% de los pacientes siguen presentando una preparación inadecuada y el lavado anterógrado es actualmente la parte peor tolerada por los pacientes. A la hora de escoger el tipo de preparación, la seguridad es un prerrequisito y la eficacia es prioritaria. La tolerancia es un aspecto secundario, pero influyente en la calidad de la preparación, motivo por el cual ha protagonizado gran parte de los estudios recientes. En estos últimos años hemos asistido a una eclosión de estudios evaluando nuevos fármacos, posologías o medidas adyuvantes para mejorar la eficacia y la tolerancia. De forma colateral, estos estudios han demostrado que la preparación inadecuada y la falta de adherencia a la pauta prescrita pueden ser predecibles en cierto grado, por lo que es indispensable identificar este grupo de individuos e invertir el esfuerzo necesario en su instrucción. Se vislumbran nuevos enfoques de forma individualizada y flexible para cada situación clínica. La búsqueda de la preparación ideal para colonoscopia, tolerable, segura y sobre todo eficaz sigue abierta.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Preparation colonoscopy;
Colorectal cancer screening;
Colonoscopy quality;

Bowel preparation for colonoscopy. Any significant progress on the horizon?

Abstract Colonoscopy is the method of choice for colorectal cancer screening. To be effective, screening colonoscopy must have high quality standards. The key element is the quality of the preparation. However, up to 20% of patients are inadequately prepared and, at present, antegrade washing is the least tolerated part of the procedure. In the choice of preparation, safety is a prerequisite and efficacy is a priority. Tolerance is a secondary but nevertheless

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mpellise@clinic.ub.es (M. Pellisé).

Tolerability;
Questionnaire;
Polyethylene glycol

influential factor in the quality of preparation and has consequently been the primary focus of many recent studies. In the last few years, a rapidly increasing number of studies have evaluated new drugs, dosages and adjuvant therapies to improve efficacy and tolerability. These studies have collaterally shown that inadequate preparation and lack of adherence to the prescribed regimen can be partially predicted, making it essential to identify this patient subgroup and invest the necessary effort in their instruction. New individualized and flexible approaches are expected for the different clinical scenarios. The search for the ideal colonoscopy preparation, which would be tolerable, safe and above all effective, remains open.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and AEEH y AEG. All rights reserved.

Introducción

La colonoscopia es el método de elección para el cribado de cáncer colorrectal (CCR)¹. Los indicadores de calidad que debe reunir la colonoscopia de cribado están claramente establecidos². La tasa de detección de adenomas es el indicador de calidad más importante y depende directamente, entre otras cosas, de la calidad de la preparación^{2,3}. Está establecido que esta debe ser considerada excelente o buena por lo menos en un 90% de las colonoscopias de cribado². Las consecuencias de la inadecuada preparación de una colonoscopia son ampliamente conocidas^{4,5}, siendo la más trascendental el incremento en el porcentaje de lesiones no detectadas, y como resultado un mayor riesgo de aparición de cáncer de intervalo⁶⁻⁹. Esta situación es preocupante en las colonoscopias de cribado poblacional y/o vigilancia, incluyendo también a aquellos pacientes donde la vía de la carcinogénesis está acelerada¹⁰⁻¹². Es por ello que las pautas de seguimiento y vigilancia pospolipectomía solo son aplicables después de una colonoscopia basal de alta calidad y completa resección de todas las lesiones neoplásicas detectadas^{13,14}. Las preparaciones inadecuadas obligan a la reprogramación de pruebas y también se relacionan con un acortamiento de los intervalos de vigilancia con la sobrecarga del sistema y encarecimiento del proceso que esto comporta^{6,14,15}. Por otro lado, la preparación inadecuada también se ha relacionado con una mayor tasa de complicaciones, mayor tasa de colonoscopias incompletas, tiempo de exploración prolongado y requerimientos más elevados de anestesia^{4,5,16}.

Hoy en día hasta un 20-40% de colonoscopias se consideran inadecuadamente preparadas^{6,17}, y teniendo en cuenta las graves consecuencias, es indiscutible que la eficacia debe ser la prioridad a la hora de escoger un producto para limpieza anterógrada. No obstante, la eficacia está estrechamente relacionada con la tolerancia. Por esta razón, más allá del desarrollo de nuevos productos y pautas, también se han investigado otros factores que influyen en la limpieza colónica, con el objetivo de alcanzar el equilibrio entre eficacia y tolerancia bajo el prerrequisito de la seguridad (fig. 1).

¿Qué es una «limpieza colónica adecuada»?

Una adecuada preparación es aquella que permite una óptima visualización de la mucosa (>95%) y detectar lesiones mayores de 5 mm¹⁶. El colon derecho es el tramo

más difícil de limpiar correctamente, y es además donde suelen asentar los pólipos planos más dificultosos de visualizar y que pueden albergar displasia o cáncer^{3,8,18-20}. Las maniobras de limpieza durante la colonoscopia forman parte del procedimiento y la calidad de la preparación debe ser evaluada al final de la misma, ya que lo que cuenta es el grado de visualización final de la mucosa²¹.

Las últimas guías clínicas de la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) y del consenso de expertos^{15,22} recomiendan el uso sistemático de las escalas validadas como Aronchik (*Aronchick Bowel Preparation Score [ABPS]*)²³, Ottawa (OBPS)²⁴, Boston (BBPS)²⁵ y Harefield²⁶ sin inclinación por ninguna de ellas, a pesar de que cada una tiene ventajas y desventajas. Recientemente se ha publicado la escala de Chicago validada en 150 colonoscopias, que incluye el esfuerzo requerido para lavar el colon y la cantidad de fluido residual en el colon. En este estudio los autores compararon las escalas de Boston, Ottawa y Chicago entre sí, y posteriormente cada una respecto a una escala dicotómica (adecuada > 95% visualización de la mucosa, inadecuada < 95% de la mucosa). La escala de Chicago se correlacionó de forma significativa con la escala de Boston (ambas evalúan el colon después de maniobras de limpieza) y además presentó un solapamiento no significativo con la escala dicotómica, mientras que la escala de Ottawa (que también incluye la cantidad de fluido residual en su puntuación) presentó una considerable baja correlación con la escala de Chicago y con la escala dicotómica. Estos resultados demostraron que la impresión subjetiva de una limpieza «adecuada» no siempre es objetivada por la puntuación total de las diferentes escalas que evalúan la limpieza colónica por segmentos. La buena correlación de la escala de Chicago con la escala de Boston probablemente se deba a que ambas evalúan el colon después de maniobras de limpieza, y contrariamente la baja correlación con la escala de Ottawa porque esta evalúa la calidad de la preparación antes de las maniobras de limpieza²⁷.

Las escalas de Harefield y de Chicago incluyen más detalles en sus cálculos, y por lo tanto tienden a ser más exhaustivas a la hora de evaluar la limpieza del colon global y por segmentos. Sin embargo, las escalas de Ottawa y de Boston, al ser mucho más sencillas de reportar y haber sido validadas, han sido mejor aceptadas tanto a nivel asistencial como en el contexto de ensayos clínicos^{24,25,28}. La tabla

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287815>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287815>

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