



Preparación de Colonoscopia.

Una Nueva Mirada a esta Técnica para Optimizar su Tolerancia.

Kawaguchi Fernando (Gastroenterólogo, Md, PhD), Rivera Carlos (Q. F., encargado de la Línea de Preparación de Colonoscopia), Ríos Luis (E.U., Coordinador Bioarrayanes), Romo Magaly (E. U. Coordinadora Pensionado, Hospital Clínico Regional Concepción), Salas Victoria T.Pm(ARAE) Centro de Investigaciones Biomédicas Bioarrayanes, Unidad de Endosonografía, Servicio de Pensionado Hospital Clínico Regional de Concepción.

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer las preferencias de los gastroenterólogos de nuestra institución y compararlos con los utilizados habitualmente hasta ahora, particularmente a la hora de tomar decisiones para pacientes críticos, así también las mostrar las ventajas de un preparado original utilizado actualmente por nuestro Grupo, usados con margen adecuado de bioseguridad.

METODO:

El Estudio fue llevado a cabo en 152 pacientes, 53 de ellos fueron pacientes en control por Centro Bioarrayanes de Concepción. El estudio se focalizó en 4 tipos de preparaciones para limpieza de colon.

RESULTADOS:

El uso de laxantes como el Polietilenglicol (PEG) para preparar el colon fue más recurrido por los Gastroenterólogos (26% de todas las indicaciones). El Fleet enema se utilizó en un 20%. En relación a las rectoscopias y rectosigmoidoscopias el preparado más utilizado fue el Fleet Enema (51%) y el Citrato de Magnesio (38% de las rectosigmoidoscopias)

CONCLUSIONES:

Están claramente expresadas las tendencias para la preparación del colon, del recto o rectosigmoides de acuerdo al especialista que solicita el examen y al estado de compromiso del paciente. A pesar de lo anterior, no existen estudios randomizados que demuestren las ventajas de uno sobre el otro.

Basados en estas premisas nuestro grupo decidió desde hace ya un año a la fecha iniciar la preparación de nuestros pacientes con una modificación de la solución PEG basada en la utilización de una formulación cristalina de PEG con la mitad de los electrolitos utilizados habitualmente y otra sin electrolitos, lo que favorece la tolerancia del paciente y a su vez evita alteraciones en pacientes particularmente especiales como son los pacientes con Insuficiencia Renal y otros daños metabólicos crónicos.

Key words: Laxante; PEG; Fleet Enema; Colonoscopia; Rectosigmoidoscopia.

<http://www.bioarrayanes.cl>. Caupolicán 321 . Local 6. Concepción. Teléfono 2790857



INTRODUCCION

La toma de decisión del colonoscopista de realizar un lavado previo a la realización de una colonoscopia o rectosigmoidoscopia requiere de la evaluación de variables tan relevantes como la edad, estado metabólico, condición sistémica previa del paciente.

Al considerar un procedimiento en la paciente embarazada, el médico debe mantener un equilibrio entre las preocupaciones de seguridad de la madre y el feto contra el valor relativo de la información obtenida o el procedimiento de diagnóstico realizado [1,2].

El propósito de este estudio fue elucidar las preferencias de los especialistas al momento de tomar la decisión de realizar un estudio invasivo colorectal.

MATERIALES Y METODOS

Luego de obtener el consentimiento informado de 53 pacientes que asistieron directamente a realizarse una colonoscopia en el Centro Bioarrayanes de Concepción y a los 99 pacientes que fueron derivados por otros especialistas al centro para realizarse un estudio invasivo colorectal, nos encontramos con varios tipos de laxantes empleados.

El estudio descriptivo usando análisis estadístico SPSS versión 14.0 Inc. Chicago Illinois.

Los porcentajes se validaron usando el test exacto de Fisher. De esta manera la proporción de preparados indicados por los gastroenterólogos fue comparada con los preparados de otros especialistas. Un p menor a 0.5 fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Setenta y cinco encuestas fueron respondidas, obteniendo una tasa de respuesta de casi el 50%, 53% de ellos fueron respondidas directamente por gastroenterólogos, el resto fue respondido por el equipo de enfermería a cargo de la unidad respectiva.

El Cuadro 1 presenta los porcentajes exactos obtenidos

De acuerdo a la tabla 1 es evidente que el gastroenterólogo favorece en general el uso de Metamucil, Fleet enema y Solución colonoscopia.

En relación a la preparación del colon para una colonoscopia sobre el 50% prefirió el PEG.

En relación a los pacientes que nuestro grupo favoreció con una preparación de PEG modificada, se utilizaron una presentación de dos frascos para disolver cada una en 1 Lt de agua, la primera con electrolitos al 50% en relación a la formulación estándar de uso habitual y la segunda sin electrolitos (1Lt) utilizadas de manera sucesiva. Los resultados fueron adecuados, con un colon limpio al momento del examen en un 100% hasta la región ileocecal, sin efectos colaterales debido a que su bajo contenido en electrolitos y adecuada tolerancia debido al mismo hecho de venir en una presentación de cristales y a la posibilidad por este mismo hecho de poder administrarlo con líquidos saborizados.



DISCUSION

Varias conclusiones pueden extraerse de los resultados de este estudio médico, ambos grupos prescriben preparados comunes con factores de riesgo que son bajos y sin complicaciones[6]. La frecuencia global de solución de PEG es utilizada principalmente entre los gastroenterólogos. Los estudios han demostrado que la absorción sistémica de PEG es mínima y los problemas con meteorismo son menos comunes en comparación con otros laxantes osmóticos [5]. Otra consideración cuando se utilizan los preparados de Fleet fosfosoda es desmineralización ósea en fetos y el riesgo de nefropatía por fosfato, que ha sido reportado en casos seleccionados. [10, 12].

La gran mayoría de los laxantes no presentan efectos secundarios a excepción de los pacientes con trastornos metabólicos severos, en estos se demuestra la utilidad de la iniciativa de nuestro grupo de manejar a estos pacientes con un PEG con electrolitos al 50% y un PEG sin electrolitos , siendo utilizados ambos en el mismo paciente de manera alternada, logrando una excelente tolerancia, un bajo riesgo de complicaciones y una excelente preparación para obtener un colon limpio hasta la región ileocecal, complementado con un enema de PEG final con una concentración de electrolitos equivalente al 50% de un enema habitual.

La condición de la patología preexistente puede influir de manera determinante como en el caso de pacientes Crohn, condición en la que el paciente se ve agravado por la ingesta previa de medicamentos para manejo de la patología base, lo que aumenta los efectos colaterales de la preparación [11].

En conclusión, es evidente que las preferencias en el uso de preparaciones intestinales para examen invasivo colorectal existen, pero no existen estudios serios prospectivos controlados que señalen la validez de un preparado sobre otro. Por tanto, parece lógico que se brinde credibilidad a ambos grupos, de acuerdo a los preparados que cada uno estime mas conveniente, con la salvedad ya expuesta para cierto grupo especial de pacientes.

De lo anterior se desprende que la originalidad de nuestro actual estudio al presentar el PEG con electrolitos al 50% y sin Electrolitos, entregados en forma microcristalina y con las ventajas de: Ingerir menor cantidad de liquido, mejorar la aceptación y tolerancia por parte del paciente y disminuir en forma importante los efectos adversos, resulta un interesante estudio para validar con un número mayor de pacientes, más aún si se complementa con un enema PEG con una concentración de electrolitos que varía de acuerdo a la condición previa del paciente.



Referencias

- 1 Katz JA. Endoscopy in the pregnant patient with inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2002; 12: 635-646
- 2 Cappell MS, Sidhom O. Multicenter, multiyear study of safety and efficacy of flexible sigmoidoscopy during pregnancy in 24 females with follow-up of fetal outcome. *Dig Dis Sci* 1995; 40:472-479
- 3 Cappell MS. The fetal safety and clinical efficacy of gastrointestinal endoscopy during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 123-179
- 4 Mahadevan U, Kane S. American gastroenterological association institute technical review on the use of gastrointestinal medications in pregnancy. *Gastroenterology* 2006; 131:283-311
- 5 Prather CM. Pregnancy-related constipation. *Curr Gastroenterol Rep* 2004; 6: 402-404
- 6 Bonapace ES Jr, Fisher RS. Constipation and diarrhea in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 27: 197-211
- 7 Sicuranza GB, Figueroa R. Uterine rupture associated with castor oil ingestion. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13: 133-134
- 8 Hasler WL. The irritable bowel syndrome during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 385-406, viii
- 9 Cappell MS. The safety and efficacy of gastrointestinal endoscopy during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; Vinod J et al. Laxatives and colonoscopic preparation in pregnant patients 6551 27: 37-71
- 10 Rimensberger P, Schubiger G, Willi U. Congenital rickets following repeated administration of phosphate enemas in pregnancy: a case report. *Eur J Pediatr* 1992; 151: 54-56
- 11 Baiocco PJ, Korelitz BI. The influence of inflammatory bowel disease and its treatment on pregnancy and fetal outcome. *J Clin Gastroenterol* 1984; 6: 211-216
- 12 Desmeules S, Bergeron MJ, Isenring P. Acute phosphate nephropathy and renal failure. *N Engl J Med* 2003; 349:1006-1007 S- Editor Zhu LH L- Editor Alpini GD E- Editor Liu Y

	% GE que prescriben	% GE que no prescriben	Valor p
Metamucil (psyllium)	96.5	3.9	1.0
Supositorio Glicerina	77.8	14.8	0.8
Fleet enema	75.0	25.0	0.2
Solución Colonoscopia	69.2	23.1	0.0
CitratodeMagnesio	54.2	45.8	0.1
GoLytely (Solucion PEG)	53.8	46.2	0.0
Vaselina Líquida	46.2	42.3	0.1
Bisacodilo oral	30.7	53.8	0.6
Fleet Fosfosoda Oral	7.7	92.3	0.05

GE: Gastroenterólogos
GO: Ginecoobstetras