

Polietilenglicol en dosis divididas versus dosis continua como factor de riesgo para mala preparación colónica

Alejandra Arellano-Pérez*, Yolanda Zamorano-Orozco, Greta Huete-Sandoval, Claudia Martínez-Camacho, Luis Álvaro Mejía-Cuan, Miguel Ángel Ramírez, Lourdes Guadalupe Pedroza-Terán, Edgar Gonzalo Beltrán-Campos

Hospital Carlos McGregor Sánchez Navarro, Ciudad de México, México

Introducción

La colonoscopia hoy en día es considerada uno de los métodos de elección para la prevención del cáncer colorrectal. La preparación intestinal adecuada debe lograrse en al menos el 85% de todas las colonoscopias externas, ya que es un parámetro de calidad de la misma. Desafortunadamente existe una prevalencia del 20% al 25% de colonoscopias incompletas (que no llegan al ciego), y una de las principales causas es una preparación intestinal inadecuada.

Objetivo general

Evaluar la eficacia del polietilenglicol en dosis divididas versus dosis continua como factor de riesgo de para mala preparación colónica mediante la utilización de la escala de Boston.

Metodología

Estudio observacional, comparativo y analítico, transversal y retrospectivo, realizado en el primer semestre del año 2019 en el hospital general regional no.1 Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro-IMSS. Incluyeron a todos los pacientes que se les realizó colonoscopia y se prepararon mediante la utilización de PEG

en dosis estándar o convencional (PEG 4 L). Dos grupos según la forma de administración de dicha preparación (PEG en dosis continua y dosis divididas), hasta completar la muestra previamente calculada mediante el programa de Open Epi.

Criterios de selección

Pacientes mayores de 18 años, ambos sexos, con colonoscopia realizada durante el período de estudio, externos, con dos diferentes formas de administración de la preparación colónica.

Criterios de exclusión

Alergias conocidas al polietilenglicol, pacientes que no aceptaron participar del estudio y con antecedente de resección intestinal. Los sujetos fueron seleccionados y distribuidos en 2 grupos: grupo 1: dosis continua y grupo 2: dosis divididas. Se administró PEG en dosis estándar o convencional, una caja con 4 sobres: cada sobre fue diluido en 1 litro de agua y tomado en 1 hora. La **dosis continua** se indicó 16 horas previas a la cita del procedimiento; y la dosis dividida se indicó iniciarla con 2 litros, 12 horas antes de la cita del procedimiento, y los dos litros restantes iniciarlos 6 horas previas al procedimiento.

Autor de correspondencia:

Alejandra Arellano-Pérez
E-mail: alejandra51081@gmail.com
0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019
Fecha de aceptación: 16-08-2019
DOI: 10.24875/END.M19000165

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):524-525
www.endoscopia-ameg.com

Resultados

De un total de 113 pacientes, se les realizó colonoscopia, en el periodo de estudio, divididos en 2 grupos de acuerdo a la forma en que fue indicada la preparación colónica. Gpo 1, PEG 4L indicado en dosis continua (n=51; 45.2%), y gpo 2, PEG 4L dosis dividida (n=62; 54.8%). La evaluación de la limpieza colónica fue realizada mediante la escala visual de Boston, adecuado en el 68.6 vs 98.4% con diferencias estadísticas (Chi cuadrado, $p=0.001$). Al valorarlo por segmentos, encontramos los siguientes resultados: **Colon derecho**, fue

adecuado en el 70.6 vs 93.5% (Chi cuadrado, $p=0.001$). **Colon transverso** fue adecuado en el 86.3 vs 98.4% (Chi cuadrado, $p=0.001$). **Colon izquierdo** la valoración de la escala de Boston fue adecuada en el 84.3 vs 98.4% (Chi cuadrado, $p=0.001$).

Conclusión

La administración de PEG en dosis dividida tiene mejor eficacia en la limpieza colónica por segmentos y global, que las dosis continuas, y se asocia a menor incidencia de reacciones adversas.