



CALIDAD DE LA LIMPIEZA COLÓNICA OBTENIDA MEDIANTE UNA PREPARACIÓN COLÓNICA INTENSIVA FRENTE A OTRA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON ELEVADO RIESGO DE PREPARACIÓN COLÓNICA DEFICIENTE: ESTUDIO ALEATORIZADO Y CONTROLADO

C. Reygosa¹, A. Hernández¹, C. Amaral¹, J.L. Baute¹, G. Hernández Mesa¹, Y. Cedrés¹, R. del Castillo¹, D. Nicolás Pérez¹, O. Alarcón Fernández¹, M. Hernández-Guerra¹, R. Romero¹, I. Alonso¹, Y. González¹, Z. Adrián¹, D. Hernández¹, A. Jiménez², L. Ramos¹, M. Carrillo¹, J. Ortega¹, N. Hernández¹, R. de la Barreda¹, A. Hernández¹, E. Quintero¹ y A.Z. Gimeno García¹

¹Servicio de Aparato Digestivo; ²Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Resumen

Introducción: La eficiencia de la colonoscopia depende de una limpieza colónica adecuada. Un modelo predictivo mostró una predicción de preparación colónica inadecuada aceptable (AUC 0,70, punto de corte óptimo 1,225) para diferenciar pacientes con bajo riesgo o alto riesgo de limpieza colónica inadecuada. Actualmente la eficacia de preparaciones intensificadas en pacientes de alto riesgo de limpieza inadecuada se desconoce. El objetivo principal fue comparar un protocolo de limpieza intensificado con otro convencional en pacientes con elevado riesgo de limpieza colónica inadecuada.

Métodos: Se seleccionaron pacientes con alto riesgo de limpieza inadecuada (puntuación > 1,225) y se aleatorizaron a una estrategia una convencional (E1): 2L de polietilenglicol (PEG) con ácido ascórbico y 1 día dieta baja en residuos (DBR) o intensificada (E2): PEG 4L, bisacodilo y 3 días de DBR. Se utilizó la escala de Boston (BBPS) para evaluar la calidad de limpieza. Se realizó un análisis por intención de tratar (ITT) y por protocolo (PP). Se estimó un tamaño muestral de 130 pacientes por grupo (error alfa 5%, potencia 80% y 15% pérdidas) para alcanzar una diferencia de proporciones del 15% a favor de la preparación intensificada.

Resultados: Se incluyeron un total de 253 pacientes (E1: 125, E2: 128), edad media 69,8 ± 9,5 años, 51,8% mujeres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el BBPS entre ambos grupos en el análisis por ITT (E1 76,8% vs E2 79,7%, p = 0,58); diferencia de riesgo (DAR) 2,9% IC95% (-7,26 a 39,16)1; o PP (E1 78% vs E2 84,3%, p = 0,21); DAR 6,3% IC95% (-3,48 a 16,08). Sin diferencias en tolerancia de la preparación, cumplimiento, efectos adversos ni hallazgos de la colonoscopia.

Conclusiones: La preparación intensiva asociada a una dieta baja en fibra durante tres días no es superior a la convencional en pacientes con riesgo de preparación colónica inadecuada.