

## UNIDAD DE EXPLORACIONES DE APARATO DIGESTIVO

### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

#### ACTITUD ANTE UNA COLONOSCOPIA CON PREPARACIÓN INADECUADA

Hasta en un 25% de las colonoscopias se considera que la limpieza obtenida es subóptima, lo que resulta claramente inaceptable (1-2). Una preparación inadecuada es responsable de hasta un tercio de todas las colonoscopias incompletas e impide hasta un 10% de las exploraciones (1-3). Asimismo, la detección de pólipos es una de las muchas medidas de calidad que mejoran cuando la limpieza del colon es adecuada (1-2). Además, la calidad de la preparación tiene repercusiones económicas; se ha estimado que una preparación inadecuada incrementa el coste de la colonoscopia en un 12-22%, atribuible al aumento de la duración del procedimiento y a la necesidad de repetir la exploración o de acortar el tiempo de vigilancia (3). También son importantes los riesgos médico-legales que se derivan de no detectar neoplasias en pacientes mal preparados, por lo que es recomendable describir con exactitud el grado de limpieza del colon en el informe endoscópico. Por último, la preparación de colon reduce la concentración de gases explosivos, como el hidrógeno y el metano, por lo que aumenta la seguridad del procedimiento si se utiliza electrocauterio. En resumen, una adecuada preparación del colon mejora la detección de lesiones, disminuye el tiempo de la exploración y la tasa de complicaciones (grado de recomendación B, nivel de evidencia 2b).

Los factores o situaciones que pueden predecir una mala preparación del colon son múltiples y variados, como la edad avanzada, la realización en pacientes ingresados en instituciones sanitarias, la existencia de dolencias invalidantes como ictus, demencias o cirrosis el horario de programación, la no observancia de las normas de preparación, el tabaquismo, el sobrepeso, la diabetes, el estreñimiento, la toma de antidepresivos tricíclicos o de narcóticos y el abdomen operado (5-6).

En los pacientes en los que la preparación ha sido inadecuada, debe de investigarse la causa de la mala preparación. Si es porque han malinterpretado las instrucciones dadas, deben de ser asesorados para resolver las dudas. Si por el contrario no han tolerado la preparación, lo más aconsejable es cambiar de preparado. Pese a lo anterior, algunos pacientes seguirán teniendo una mala preparación, por lo que en ellos se recomienda:

- Repetir la misma preparación si el paciente no la ha tomado en su totalidad o de la manera adecuada, excepto en el caso de utilizar fosfato sódico, ya que no se puede repetir la toma al menos en 24 horas por el alto riesgo de toxicidad.
- Si el paciente ha tomado correctamente la preparación, se puede repetir con un intervalo de tiempo más largo de restricción dietética: dieta pobre en residuos y sin grasas durante 7 días, e incluso líquidos claros durante 2 días; probar con otros preparados (por ejemplo, si ha tomado Polietilenglicol (PEG) 4 litros cambiar a PEG 2 litros o Picosulfato sódico/Citrato magnésico o viceversa); añadir un laxante los días previos a la toma de la preparación como el bisacodilo (5-10 mg/noche durante los 5-7 días previos a la preparación) o senna; administrar el doble de la preparación durante un período de 2 días (con la excepción del fosfato sódico) o combinar las preparaciones durante un periodo de 2 días (por ejemplo, PEG y Picosulfato sódico/Citrato magnésico) también puede ser una opción; o programar la colonoscopia en el horario que le sea más cómodo al paciente para tomar la preparación de forma correcta.
- Si el paciente se queja de intolerancia durante la toma de la preparación (aparición de náuseas, vómitos o hinchazón abdominal excesiva), se puede interrumpir ésta si sale líquido

claro por el ano. También se puede interrumpir temporalmente la toma (durante 1 o 2 horas) o ingerirla más lentamente. A veces se puede aumentar la tolerancia a la preparación enfriándola o añadiendo jugo de limón al preparado. Si el paciente no tolera el PEG (4 o 2 litros) se le puede cambiar por Picosulfato sódico/Citrato magnésico.

### **Resumen de recomendaciones**

- Resolver dudas
- Programar en horario cómodo para el paciente
- Recomendar 7 días dieta pobre en residuos y sin grasas
- Recomendar 2 días de líquidos claros
- Cambiar de preparado
- Añadir otro laxante (bisacodilo, senna)
- Doblar la dosis combinando Polietilenglicol (4 o 2 litros) con Picosulfato sódico/Citrato magnésico

Estas recomendaciones serán llevadas a cabo, preferiblemente, por el endoscopista que ha realizado la exploración con preparación inadecuada, y que también tramitará la nueva cita en la secretaría.

### **Bibliografía**

1. Froehlich F, Wietlisbach V, Gonvers JJ, Burnand B, Vader JP. Impact of colonic cleansing on quality and diagnostic yield of colonoscopy: the European Panel of Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy European multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2005; 61:378-84.
2. Harewood GC, Sharma VK, de Garmo P. Impact of colonoscopy preparation quality on detection of suspected colonic neoplasia. *Gastrointest Endosc* 2003; 58:76-9.
3. Rex DK, Imperiale TF, Latinovich DR, Bratcher LL. Impact of bowel preparation on efficiency and cost of colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1696-700.
4. Rex DK, Bond JH, Feld AD. Medical-legal risks of incident cancers after clearing colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:952-7.
5. Borg BB, Gupta NK, Zuckerman GR, Banerjee B, Gyawali CP. Impact of obesity on bowel preparation for colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:670-5.
6. Ness RM, Manam R, Hoen H, Chalasani N. Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:1797-802.

Este tema es un parte del publicado como "Limpieza colónica". Capítulo 5. Páginas 39-46 en Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal. Editado por: EDIMSA. Editores Médicos, S.A. ISBN-13: 978-84-7714-362-8. Depósito legal: M-12062-2011