

Resúmenes Seleccionados – Colonoscopia y Técnicas Endoscópicas

Luis Díaz MAAC-MSACP

1. La calidad de la colonoscopia está asociada a la especialidad del endoscopista

Jiang M, et al. BMC Gastroenterol. 2013 May 3; 13:78.

Antecedentes: Algunos estudios han observado que la especialidad del endoscopista se asocia con los cánceres colorrectales de intervalos. Hemos tratado de examinar la relación entre la especialidad del endoscopista y la tasa de polipectomía, como indicador de calidad del endoscopista. Se define a la tasa de polipectomía como a la proporción de colonoscopías que resultan en la remoción de uno o más pólipos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en 7 clínicas en Montreal y 2 clínicas en Calgary. Se seleccionaron los pacientes entre 50 y 75 años cubiertos por el seguro de salud provincial. Se evaluaron historia familiar de cáncer colorrectal, antecedentes de las condiciones y síntomas colónicos, y colonoscopías previas. Las polipectomías como resultado final, se obtuvieron de las bases de datos administrativas de salud provincial. Para cada ciudad, se utilizó la regresión logística jerárquica Bayesiano para estimar los odds ratio para las polipectomías comparando los cirujanos con los gastroenterólogos. El modelo incluye a las covariables: edad del paciente, sexo, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, indicación de la colonoscopia, y colonoscopías previas.

Resultados: Se incluyeron 2.113 colonoscopías de Montreal y 538 de Calgary. Las colonoscopías fueron realizadas por 38 gastroenterólogos y 6 cirujanos en Montreal, y por 31 gastroenterólogos y 5 cirujanos en Calgary. El odds ratio ajustado que comparan a los cirujanos con los gastroenterólogos fueron 0.48 (IC 95 %: 0,32-0,71) en Montreal y 0,73 (IC del 95 %: 0,43 a 1,21) en Calgary.

Conclusiones: Se observó una asociación entre la especialidad del endoscopista y la tasa de polipectomía en ambas ciudades después de ajustar por las covariables. Los resultados de Montreal sugieren que los cirujanos tienen la mitad de probabilidades que los gastroenterólogos para remover pólipos, mientras que los de Calgary se asociaron con un amplio intervalo de credibilidad Bayesiana no significativa. Sin embargo, la variable nivel de paciente como factor confundidor residual es posible y se requiere mayor investigación.

Comentario: Llama la atención la baja cantidad de estudios realizados para el elevado número de operadores (n=80). El estudio no explica porque no se consideraron las covariables: volumen de endoscopías por cada operador y el nivel de experiencia de los mismos. Analizando los 18 meses que duro el estudio, en la ciudad de Montreal los cirujanos realizaron un promedio de 2 colonoscopías por mes y los gastroenterólogos 3 estudios por mes. Al observar el gráfico de la tasas de polipectomía de los cirujanos se observa una clara distribución bimodal, indicando la posibilidad de estar analizando dos grupos diferentes de cirujanos.

2. Analgesia y sedación consciente en Colonoscopia: la combinación Ketamina/Propofol presenta mayor satisfacción en los pacientes que Fentanilo/Propofol

Khajavi M, et al. Anesth Pain Med. 2013 Summer; 3(1):208-13.

Antecedentes: La colonoscopia se realiza sin sedación en muchos países. Sin embargo, según la bibliografía actual los pacientes están más satisfechos cuando se administra adecuada sedación para ellos.

Objetivos: Se hipotiza que el propofol-ketamina logra mayor satisfacción de los paciente al compararla con la combinación propofol-fentanilo.

Pacientes y metodos: Sesenta pacientes adultos mayores de 18 años con ASA I, II o III se incluyeron en el estudio después de proporcionar el consentimiento informado. Fueron aleatorizados en dos grupos iguales: 1- Grupo PF: programado para recibir la dosis en bolo IV de 1µg/kg fentanilo y 0.5mg/kg propofol. 2- Grupo PK: programado para recibir la dosis en bolo IV de 0.5mg/kg de ketamina y 0.5mg/kg propofol. Como objetivo principal del estudio se evaluó la satisfacción del paciente en la recuperación mediante el uso de un sistema de calificación de cinco niveles Likert. Las comparaciones de los parámetros hemodinámicos (frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica), valores de SpO₂ durante el procedimiento y los efectos secundarios, tales como náuseas, vómitos y reacciones psicológicas durante el período de recuperación fueron los objetivos secundarios. El nivel de sedación durante la colonoscopia se evaluó con la Escala de Evaluación de Alerta/Sedación (OAA/S) del observador.

Resultados: La media de puntuaciones de satisfacción en el grupo PK fueron significativamente mayores que en el grupo PF (P = 0,005), mientras que el nivel de sedación durante el procedimiento fue similar (P = 0,17). Los parámetros hemodinámicos y los valores de SpO₂ no fueron significativamente diferentes (P>0,05). La incidencia de náuseas y vómitos fueron los mismos en ambos grupos.

Conclusión: La inyección en bolo IV de propofol-ketamina puede conducir a la satisfacción de los pacientes más que otros protocolos anestésicos durante la colonoscopia.

Comentario: El presente trabajo detalla la metodología estadística utilizada y el cálculo del tamaño de la muestra. Debido a que el estudio encuentra una diferencia significativa en la variable satisfacción, en un tamaño muestral calculado de 60 pacientes, esto traduce la existencia de una gran amplitud en la diferencia de satisfacción para los esquemas anestésicos proporcionados (PK es casi 40% mejor que PF en esta variable).

3. Comparación de los resultados clínicos entre colocación endoscópica y colocación radiológica de stent auto-expandibles metálicos en pacientes con obstrucción colorrectal maligna

Kim JW, et al. Korean J Gastroenterol. 2013 Jan 25; 61(1):22-9.

Antecedentes / Objetivos: Este estudio comparó los resultados clínicos entre la colocación endoscópica vs. la colocación radiológica de stents metálicos auto-expandible (SEMS) en pacientes con obstrucción colorrectal maligna.

Métodos: En total 111 pacientes fueron incluidos de forma retrospectiva desde enero del 2003 a junio del 2011 en el Hospital Boramae de la Universidad Nacional de Seúl. Se comparó la técnica, tasa de éxito clínico, complicaciones y la permeabilidad del stent entre el uso del

método endoscópico (n=73) vs. radiológico (n=38) durante el procedimiento de colocación de SEMs.

Resultados: La tasa de éxito técnico fue mayor en el método endoscópico que con el método radiológico (100 % [73/73] vs 92,1 % [35/38], respectivamente, $p = 0,038$). En 3 casos de los 35 pacientes del grupo radiológico, se requirió asistencia endoscópica para la colocación del stent. En seis pacientes (incluyendo los tres pacientes antes mencionados), los motivos del fallo técnico fueron la incapacidad de pasar el alambre guía a través de la lesión obstructiva debido a una angulación tortuosa, curva aguda del sigmoides o del colon descendente ($n = 4$) y un acercamiento dificultoso a una lesión localizada en el colon transverso o descendente ($n = 2$). La tasa de éxito clínico, tasa de complicaciones y la permeabilidad del stent no difirió significativamente entre los dos métodos ($p = 0,42, 0,30$ y $0,42$, respectivamente).

Conclusiones: Cuando la obstrucción colorrectal es tortuosa, angulación curva del colon o se encuentra localizado proximal al colon descendente, el método endoscópico de colocación SEMs parece ser más útil que el método radiológico. Sin embargo, una vez que la colocación SEMs fue técnicamente exitosa, la tasa de éxito clínico, la tasa de complicaciones, y la permeabilidad del stent no difieren con el método de inserción.

Comentario: Ambos métodos presentan alto porcentaje de éxito técnico. Se reporta que la colocación del stent por radiología presenta la ventaja de ser más confortable que la colocación por endoscopia, motivo por el cual la sedación sería innecesaria, pero esta metodología requiere mayor experiencia del operador para lograr la manipulación de la guía hidrofílica.

4. Factores Endoscópicos asociados con la detección de adenomas en un programa nacional de detección del cáncer colorrectal

Lee TJ, et al. Endoscopy. 2014 Mar; 46(3):203-11.

Antecedentes y objetivos del estudio: La detección de adenoma es el objetivo clave de la colonoscopia, en particular en el contexto de la detección del cáncer colorrectal. El objetivo de este estudio observacional fue identificar los factores técnicos de la colonoscopia asociados a la detección de adenoma.

Pacientes y método: El estudio analizó los datos del Programa de Cribado de Cáncer de Intestino en Inglaterra. La indicación para todas las colonoscopias fue una prueba de sangre oculta en heces positiva. Las relaciones entre los siguientes factores de la colonoscopia y la detección de adenoma (uno o más adenomas, adenomas avanzados, adenomas del lado derecho y el número total de adenomas) se examinaron en un análisis multivariante: calidad de la preparación intestinal, intubación cecal, tiempo de retirada, retroversión rectal, experiencia del colonoscopista, uso de antiespasmódicos, uso de sedación y la hora de inicio del procedimiento. Se controlaron los siguientes factores de los pacientes: edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo, alcohol, privaciones y ubicación geográfica.

Resultados: Se analizaron un total de 31.088 colonoscopias. Los siguientes factores técnicos aumentaron el riesgo relativo de detección de adenomas ($P < 0,001$ en el análisis multivariado a menos que se indique lo contrario): intubación cecal, aumento del tiempo de retirada, mejor calidad de preparación intestinal, uso de antiespasmódico intravenosos, procedimiento al inicio de la jornada laboral ($P = 0,018$), y una mayor experiencia del colonoscopista. Con estos factores se incrementaron la detección de adenomas avanzados y los adenomas del lado derecho. La detección de adenoma no difirió entre sedación y la colonoscopia sin sedación ($p = 0,143$).

Conclusión: Este estudio demostró asociaciones importantes entre la práctica y la detección de adenoma por colonoscopia. El uso de anti-espasmódicos intravenosa se asoció con un aumento de la detección del adenoma. La hora de inicio de la colonoscopia sugiere que la fatiga del endoscopista puede tener un impacto perjudicial sobre la detección de adenomas.

Comentario: Estudio descriptivo de toda la población inglesa con sangre oculta positiva. El gran número de pacientes involucrados otorga peso considerable a las asociaciones significativas. Recomiendan un tiempo de retirada mayor a 10 minutos (>6 minutos es el tiempo difundido en las guías actuales), utilización de Hioscina EV de rutina y recomienda poseer un volumen anual mayor a 300 colonoscopia para mantenerse entrenado y eficiente.

5. Ensayo controlado randomizado comparando la insuflación controlada de aire, inmersión en agua y el intercambio de agua durante la colonoscopia con sedación mínima

Hsieh YH, Leung FW. J Interv Gastroenterol. 2013 Jul; 3(3):96-99.

Antecedentes: Los métodos asistidos por agua en la colonoscopia se distinguen por el tiempo de remoción e infusión de agua, predominantemente durante la retirada (inmersión en agua, WI), o durante la inserción (intercambio de agua, WE).

Objetivo: En este ensayo controlado aleatorio prospectivo (ECA) se evaluó la hipótesis que compara la insuflación con aire (AI) o WE produce una reducción significativamente mayor en el dolor que la inserción (WI).

Métodos: Se incluyeron 200 pacientes aleatorizados informáticamente en 3 grupos. AI, WI y WE se implementaron como se describió anteriormente. En todos los grupos, durante la fase de inserción del colonoscopio, una enfermera le pide al paciente que informe el nivel de dolor (0= nada, 10= más grave) en intervalos de 2 a 3 minutos, o en cualquier momento en que el paciente desea expresar su malestar. Durante la fase de retirada, el dolor se registró en una manera similar. Se registraron los resultados del procedimiento.

Resultados: Las variables demográficas y las tasas de intubación cecal finales fueron comparables. En comparación con IA, WI y WE ambos producen significativamente mejores puntuaciones de preparación intestinal durante la retirada del colonoscopio y bajaron significativamente las puntuaciones de dolor (AI $3,8 \pm 3,0$, WI $2,4 \pm 2,6$, WE $1,5 \pm 2,4$, $p < 0,001$) durante la inserción del colonoscopio. En comparación con la IA, WE produce una reducción significativamente mayor en el dolor de inserción que WI. El tiempo de intubación cecal fue el más largo en el grupo WE (AI vs WI vs WE, $8,9 \pm 7,3$, $6,6 \pm 3,6$ y $17,5 \pm 6,4$ min, $p < 0,001$).

Conclusión: Tanto WI y WE redujeron significativamente el dolor de inserción en comparación con la IA. El intercambio de agua es superior a la inmersión en agua para atenuar el dolor de la inserción.

Comentario: Estudio realizado en una población asiática de estados unidos. Describe las técnicas de la colonoscopia utilizando agua para progresar por el colon, y se basa en la hipótesis que la insuflación con aire produce distensión y alargamiento de todo el colon, resultando este último en la principal causa del dolor.