

RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y CLÍNICOS CON EL USO DE PREPARACIÓN MECÁNICA INTESTINAL ANTES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

SURGICAL AND PATIENT OUTCOMES USING MECHANICAL BOWEL PREPARATION BEFORE LAPAROSCOPIC GYNECOLOGIC SURGERY

American College of Obstetricians and Gynecologists.

VOL. 121:538-546, NO. 3, MARCH 2013.

Neus Juanmartí Palacín

Introducción

En contraste con la laparotomía en que el intestino puede ser envuelto y apartado para mejorar la visualización quirúrgica, esto no es posible con la laparoscopia, y un intestino vacío podría mejorar la visualización, particularmente en un espacio confinado como el compartimiento pélvico posterior. Existe escasa evidencia sobre el efecto de la preparación mecánica intestinal (normalmente con un laxante hiperosmótico) antes de la laparoscopia ginecológica, y ninguna que se centre concretamente en la visualización del campo quirúrgico en el compartimiento posterior profundo.

Objetivo

Este estudio randomizado pretende estimar el efecto de tres regímenes dietéticos preoperatorios con o sin preparación mecánica intestinal para pacientes a las que se practicará una cirugía benigna laparoscópica ginecológica, describiendo la visualización quirúrgica y manipulación intestinal con una escala visual analógica y otra descriptiva verbal, la evaluación del malestar clínico de la paciente, los cambios electrolíticos y la recuperación de la función intestinal después de la cirugía.

Material y métodos

Las pacientes (n=308) se dividieron en tres grupos: A (dieta absoluta), B (dieta de residuo mínimo), y C (dieta de residuo mínimo más preparación mecánica intestinal con picosulfato sódico oral, un laxante que aumenta la motilidad intestinal). Las pacientes en el grupo A siguieron una dieta normal hasta la medianoche antes de la cirugía, cuando empezaron el ayuno. Las pacientes en el grupo B siguieron una dieta restringida a líquidos los dos días previos a la cirugía y empezaron el ayuno la medianoche antes. Las pacientes del grupo C tomaron la misma dieta del grupo B y además dos dosis de picosulfato sódico el día antes separadas por seis horas.

Resultados

La tasa de complicaciones globales fue baja (1'6%, básicamente necesidad de transfusión sanguínea) sin diferencias entre los tres grupos. No hubo complicaciones intestinales.

Según la evaluación por escala analógica, la dieta de residuo mínimo más preparación mecánica intestinal (grupo C) ofrece significativamente mejor visión quirúrgica y mejor manipulación intestinal comparada con los otros dos regímenes (con una diferencia menor a un punto en una escala de diez).

Los valores electrolíticos y serológicos no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos.

La sintomatología posoperatoria fue mayor en el grupo C y menor en el grupo A, con la excepción de la ansiedad que no mostró diferencias entre los grupos.

Tampoco hubo diferencias en el cambio de la función intestinal.

Discusión

La buena o excelente visualización en más del 80% en los tres grupos sugiere la obtención de un buen campo quirúrgico aún sin preparación mecánica. La diferencia de un punto sobre diez observada en la escala visual analógica en cuanto a valoración de la visión quirúrgica es de significación clínica dudosa.

Además, podría esperarse que los efectos negativos de la preparación mecánica intestinal tuvieran mayores consecuencias en pacientes de avanzada edad con enfermedades cardíacas o renales intercurrentes por la pérdida de agua corporal.

Conclusión

La dieta de mínimo residuo más preparación mecánica intestinal mejora la visión quirúrgica y la manipulación intestinal, pero el beneficio es pequeño y con poca significación clínica. Dada la sintomatología y el malestar causado en pacientes sometidas a dieta de residuo mínimo con o sin preparación mecánica intestinal, la dieta absoluta sin ninguna otra preparación intestinal es la alternativa preferible en la cirugía laparoscópica ginecológica.
