



SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Dr. Guillermo Payeras

Hospital Infanta Elena. Valdemoro (Madrid).

Los avances tecnológicos, la práctica de procedimientos endoscópicos más complejos y prolongados en el tiempo, la disponibilidad de fármacos con un alto perfil de seguridad y unas propiedades farmacológicas que se adaptan a los requerimientos de las distintas exploraciones endoscópicas y una mayor demanda por parte del paciente, son los factores que hacen que cada vez sean más las exploraciones endoscópicas que se llevan a cabo con el paciente sedado.

A pesar de ello, todavía no existe un claro consenso sobre quienes son los pacientes a los que se les debe sedar, en que tipo de exploraciones, con que fármacos ni quien debe ser el responsable de la sedación.

Parece claro y fuera de toda discusión que aquellos procedimientos complejos (CPRE, enteroscopia, ultrasonografía endoscópica, endoscopia terapéutica,...) o prolongados en el tiempo se realicen con sedación.

Con respecto a las exploraciones básicas, gastroscopia y colonoscopia, habrá que tener en cuenta que, a priori, no disponemos de suficientes datos para saber que pacientes van a necesitar sedación y quienes no. En estos casos, una opción razonable sería sedar a aquellos pacientes que lo demanden siempre y cuando el riesgo sea asumible.

Para minimizar el riesgo de aparición de complicaciones va a ser imprescindible disponer de unas instalaciones óptimas y realizar una valoración previa del paciente teniendo en cuenta sus antecedentes personales, la toma de fármacos y las características físicas que puedan dificultar la ventilación y/o intubación si ésta fuera necesario.

Aunque se hable de ansiolisis, sedación consciente, sedación profunda y anestesia según el grado de depresión del nivel de conciencia, no hay que pensar que se trata de compartimentos estancos sino más bien de un proceso continuo en el que, dependiendo de las características de paciente, del tipo de fármaco y la dosis administrada es posible progresar de un nivel de sedación a otro.

Y lo más importantes es que no es posible anticipar con exactitud la respuesta los sedantes de un paciente concreto, de modo que si queremos realizar una sedación consciente debemos estar capacitados para rescatar al paciente de una sedación profunda, y si realizamos una sedación profunda estar capacitados para rescatarlo de una anestesia general.

El propofol es un agente hipnótico de acción ultracorta con acción sedante, hipnótica, amnésica y mínima acción analgésica. Tiene la ventaja con respecto a los sedantes tradicionales de tener una vida media más corta, con lo que disminuye el tiempo en que el paciente permanece sedado permitiendo adelantar el momento del alta. También produce un mayor nivel de sedación aumentando la calidad de la exploración y la satisfacción tanto del paciente como del endoscopista.

Es cierto que, en el caso de querer revertir la sedación, el propofol no dispone de ningún antídoto. Éste ha sido el argumento utilizado por muchos endoscopistas para manifestar su rechazo al uso del propofol. Sin embargo, las conclusiones publicadas que se derivan de numerosos metaanálisis y trabajos realizados con comprobado rigor estadístico y científico, que incluyen pacientes de todas las edades y de todas las categorías de riesgo anestésico (clasificación ASA) a los que se les ha realizado todo tipo de pruebas endoscópicas, se han encargado de rebatir estos argumentos al demostrar que el número de complicaciones no sólo no es mayor sino que en muchos casos es menor a las que aparecen cuando se utilizan los sedantes tradicionales (opiáceos y benzodiazepinas).

Posiblemente, uno de los puntos más controvertidos es quién debe responsabilizarse de la sedación.

En exploraciones complejas, prolongadas o en pacientes con elevado riesgo anestésico está aceptado que sea el anestesista el responsable de sedar a los pacientes.

En el resto de exploraciones endoscópicas o en pacientes de bajo riesgo anestésico es donde se plantea el problema. La solución al mismo debe obedecer a criterios y evidencias científicas intentando trabajar en un ambiente de cooperación y no de rivalidad e intereses de otra índole.

Por un lado, la presencia de un anestesista para todas las exploraciones supone, con un alto índice de evidencia, un coste económico no asumible para la mayoría de los hospitales.

Por otro lado, la práctica de la sedación por parte del endoscopista todavía encuentra el rechazo de ciertos grupos dentro de la especialidad de Anestesia y Digestivo. Pese a ello, son muchos los endoscopistas que se encargan de la sedación y, de hecho cada vez son más los trabajos publicados en este sentido. Las conclusiones de los mismos es que el porcentaje de complicaciones no es superior cuando el paciente es sedado por personal no anestesista y que el factor de riesgo independiente para la aparición de complicaciones cardiorrespiratorias es la dosis de propofol utilizada y no quién se encargue de la sedación.

Por todo lo anterior, numerosas sociedades científicas, nacionales (SEED, AEG) e internacionales (ASGE, ESGE), incluyendo la ESA (Sociedad Europea de



Anestesia), han publicado unas guías para el uso del propofol por personal no anestesista.

En estas guías se define el procedimiento, la necesidad de un aprendizaje previo, el material y personal necesario para poder llevar a cabo la sedación minimizando al máximo los riesgos, la monitorización del paciente y los criterios del alta.

En este sentido, destacar que la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (SEDAR), en su página Web, se desmarca de la ESA y todavía sigue oponiéndose a la sedación por parte de personal no anestesista.

Como conclusión podemos afirmar que en el momento actual de desarrollo y continuos avances en la medicina, la endoscopia y la sedación deben entenderse como dos aspectos fuertemente interrelacionados de un mismo proceso de modo que, siempre que el beneficio supere el riesgo, debemos ofrecer la posibilidad de sedación a los pacientes. El propofol, por sus propiedades farmacológicas y su perfil de seguridad ampliamente demostrado en relación a los sedantes tradicionales es uno de los fármacos que más ventajas ofrece para la sedación en endoscopia digestiva. Con un alto grado de evidencia se ha demostrado que la dosis de propofol administrada es más importante para la aparición de complicaciones que si la persona responsable de la sedación es o no anestesista. Las sociedades científicas deben esforzarse para crear planes docentes que permitan al endoscopista adquirir los conocimientos necesarios para que sea él mismo quien pueda sedar a los pacientes, además de aclarar las dudas legales que todavía existen. Por último y no menos importante, es fundamental crear un ambiente de entendimiento y cooperación con los anestesistas para conseguir trabajar conjuntamente en beneficio de la seguridad y bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de consenso de la Asociación Española de Gastroenterología sobre sedoanalgesia en endoscopia digestiva. Simón MA, Bordas JM, Gonzalez-Huix F et al. *Gastroenterol Hepatol* 2006; 29(3):131-49.
2. Directrices "guidelines" de sedación / analgesia en endoscopia. López Rosés L y Subcomité de Protocolos de la SEED. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98 (9): 685-92.
3. Sedation and anesthesia in GI endoscopy. Guideline. *Gastrointest Endosc* 2008; 68 (5): 815-26.
4. European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and associates, and the European Society of Anaesthesiology Guideline: Non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. Dumonceau JL et al. *Endoscopy* 2010; 42:960-74
5. AGA Intitute Review of Endoscopic Sedation. Cohen LB, Delegré MH, Aisenberg J, et al. *Gastroenterology* 2007; 133: 675-701.
6. Trained registered nurses/endoscopy teams can administer propofol safely for endoscopy. Rex DK, Heuss LT, Walker JA, Qi R. *Gastroenterology* 2005; 129: 1384-91.
7. Qadeer MM, Vargo JJ, Khandwala F, Lopez R, Zuccaro G, Propofol versus traditional sedative agents for gastrointestinal endoscopy: a metaanalysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 1049-56.
8. Position Statement: nonanesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009; 70(6):1053-59.