

¿La sedación profunda en endoscopia debe ser administrada por el gastroenterólogo o por el anestesiólogo? Punto de vista del anestesiólogo

Should the Gastroenterologist or the Anesthesiologist administer deep sedation for endoscopy? An Anesthesiologist's point of view

Enrique R Lopera T, MD.¹

¹ Médico Anestesiólogo. Jefe del servicio de anestesia de la Clínica de Marly, Bogotá, Colombia.

Fecha recibido: 23-05-11
Fecha aceptado: 06-06-11

Resumen

La sedación profunda para endoscopia digestiva es una estrategia deseable para mejorar la tolerancia de los pacientes a los procedimientos, así como para favorecer su realización por los endoscopistas. Está ampliamente debatida, y ha sido objeto de estudios y consensos, la aplicación de sedación en endoscopia por personal médico y paramédico sin entrenamiento en anestesiología y/o técnicas avanzadas de reanimación y de soporte vital. En general, las cifras relativas de riesgos son bajas, pero los valores absolutos pueden juzgarse altos si se tienen en cuenta el gran número de procedimientos que se realizan a diario en todo el mundo. El principal eje de la discusión debe ser la seguridad del paciente y en este sentido existen argumentos sólidos para aseverar que la sedación profunda en endoscopia debe ser administrada por el anestesiólogo.

Palabras clave

Sedación profunda, propofol, endoscopia.

Abstract

Deep sedation for gastrointestinal endoscopy is a desirable strategy for enhancing patients' tolerance to procedures and for making those procedures easier to perform by endoscopists. Sedation for endoscopy administered by medical and paramedical personnel who have no training in anesthesiology, advanced resuscitation and vital support techniques has been widely debated. It is the object of studies and consensus. In general, the relative risk figures are low, but the absolute numbers might be judged high if we take into account the great number of procedures that take place on a daily basis throughout the world. The main focus of this discussion should be on the patient's safety. In this regard there are many solid arguments for stating that the anesthesiologist should administer deep sedation in endoscopy.

Key words

Deep sedation, propofol, endoscopy.

La realización de procedimientos endoscópicos en gastroenterología cubre una amplia gama de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, de corta o larga duración, con intensidades de dolor variable y en un amplio espectro de pacientes que pueden ir desde aquellos sin ninguna comorbilidad asociada, hasta pacientes que en forma aguda o crónica pueden tener comprometida su vida, ya sea por la enfermedad que les lleva a la realización del procedimiento o por patologías concomitantes.

La realización de los procedimientos endoscópicos bajo sedación es una alternativa, que si bien no es obligatoria para el éxito de muchos estudios diagnósticos, sí es de gran utilidad o mandataria en los terapéuticos, y en general, se pueden llevar a cabo con el mayor nivel de satisfacción posible para el paciente y el endoscopista.

Durante muchos años, en la sedación de estos pacientes, se utilizaron con preferencia la combinación de benzodiazepinas, como midazolam y diazepam con opioides tales

como el fentanil y la meperidina, administrada en forma titulada acorde a la respuesta del paciente, pero con una frecuencia mayor a la deseada generaron problemas de sobresedación que llevaron a una morbilidad asociada, requerían en algunos casos el uso de antagonistas específicos tales como flumazenil o naloxona (14) y generaban hospitalizaciones no planeadas. La tasa de mortalidad asociada a este procedimiento podía alcanzar valores entre 1:7.500 a 1:2000 (1-3), la cual debió llevar, en mi concepto, a una suspensión total de procedimientos llevados a cabo por personal no entrenado (Endoscopistas y enfermeras) para la reanimación de este tipo de pacientes. Esta práctica, sus pobres resultados y la no disponibilidad de anestesiólogos, generaron el establecimiento a nivel mundial de una serie de recomendaciones desde los 90 (4-7) para la realización de procedimientos bajo sedación leve o moderada, dirigida al personal de la salud que no fuesen anestesiólogos, dejando en claro que no debía ser la misma persona que realiza el procedimiento endoscópico, aquella que vigila y maneja en forma inmediata y oportuna los efectos secundarios de la sedación en el sistema cardiopulmonar. Igualmente se solicitó que el personal encargado debía estar entrenado específicamente (Soporte vital básico) en el manejo de los efectos adversos de la sedación leve o moderada, especificando que la pérdida de la conciencia sin respuesta a comandos verbales y/o táctiles superficiales, constituye una sedación profunda, que aunque en su definición es diferente a una anestesia general, debe considerarse equivalente a esta, en la medida que hay consenso en que su vigilancia requiere de personal con el mismo nivel de entrenamiento y habilidades para su manejo. También se promovió el uso de la oximetría y más recientemente la capnografía (10) como métodos de monitoría que permitieran una detección temprana de la apnea y la hipoxemia, así como el uso de fuentes suplementarias de oxígeno. Sin embargo, la generación de guías no llevó a los cambios esperados en las dosis administradas a los pacientes, en especial ancianos y la incidencia de eventos adversos persistió en el tiempo. En el Reino Unido, el NCEPOD report "Scoping our practice", 2004 (8) analizó 136.000 endoscopias digestivas terapéuticas realizadas en pacientes hospitalizados encontrando 3.669 muertes en los siguientes 30 días de la realización del procedimiento. De ellas se recogió información completa de 1.818 pacientes y se halló que en 14% de ellos la sobresedación se consideró la causa de muerte. Llama la atención en este informe que el 47% de los endoscopistas involucrados en los casos tenían entrenamiento en sedación. Esto da una tasa de mortalidad de 1 en cada 535 endoscopias.

El advenimiento de medicamentos como el propofol que cumple más de 30 años en el mercado y que ha sido utilizado tanto como inductor de anestesia como para sedaciones moderadas y profundas de corta y larga duración (hasta

48 horas) en ambientes tan diferentes como unidades de endoscopia, salas de cirugía o en cuidado intensivo, marcó un cambio en la percepción de la seguridad de los pacientes en el contexto de la sedación moderada y profunda (11-13). El propofol usado en dosis que generan sedación profunda tiene una alta incidencia de episodios de desaturación, aun cuando una baja cantidad de ellos requiere de una intervención como asistencia de ventilación con máscara o intubación (9, 12); sin embargo, como se ve a diario en la práctica de anestesia, la combinación de propofol a dosis hipnóticas con opioides lleva con mayor frecuencia a la apnea y desaturación severa cuyas consecuencias dependerán de la oportuna corrección o no de la misma (7). Si bien hay reportes amplios en la literatura (11) mostrando la seguridad del propofol en el ámbito de la sedación profunda, esto no da licencia para que su administración en este escenario sea llevada a cabo por personal no idóneo o sin licencia médica. Así como el tener un carro con airbag, cinturón de seguridad de tres puntos en todas las sillas, frenos ABS y demás medidas de seguridad automotriz que son de obligatorio cumplimiento en los países del primer mundo, hacen al vehículo más seguro, estas no mejoran la calidad del conductor, ni autorizan que este sea manejado por personal sin licencia, de igual manera, medicamentos como el propofol, no hacen al endoscopista o su auxiliar de enfermería unos expertos en reanimación frente a eventos adversos, ni faculta automáticamente a personal no médico para su administración y/o vigilancia.

La sedación profunda debe ser conducida por un profesional que sea independiente de quien hace el examen, pues es claro que la realización simultánea de ambos procedimientos fácilmente lleva a una disminución en la calidad de la atención de uno de los dos objetivos, sea este la realización de una buena endoscopia, o la vigilancia de los efectos secundarios potencialmente lesivos del uso de hipnóticos y analgésicos opioides. Más aún, delegar sin vigilancia a personal de enfermería, auxiliares o jefes la responsabilidad de administrar y monitorizar el efecto de estos medicamentos con el objeto de llegar a una sedación profunda es irresponsable, pues dicho personal no posee autorización legal para la administración de este tipo de medicamentos, tal como lo exige la Ley 6ª de 1991, no recibe entrenamiento específico para el manejo de los problemas potenciales de tipo cardiovascular y respiratorio que pueden llevar a consecuencias potencialmente mortales para el paciente y, usualmente, en nuestro medio tienen otras funciones asignadas concomitantemente con esta, de tal manera que su calidad de atención desde todo punto de vista cumple con criterios de impericia, imprudencia y negligencia dado que los efectos adversos de la sedación profunda son un acto prevenible por quien lo ejecuta. Por tanto, es antiético someter al paciente a una sedación profunda no vigilada

por un anestesiólogo, así la probabilidad de complicaciones sea baja y el resultado sea exitoso independiente de los medicamentos utilizados.

Llama profundamente la atención el enfoque económico de algunos artículos y editoriales (12, 13) en los cuales, basados en cifras de seguridad con propofol, argumentan que no es costo-efectivo pagar los honorarios del anestesiólogo. Me pregunto si esto es aplicable al sistema de salud colombiano. ¿Renunciaría el gastroenterólogo que administra la sedación y/o la supervisa a los honorarios de la misma que las empresas contratantes pagan?, este aspecto económico queda poco claro pues no se especifica si es un ahorro al sistema o un interés por redistribuir el ingreso entre los profesionales.

La complejidad de la sedación profunda por sus efectos colaterales aumenta en la medida que el paciente tenga una edad mayor o comorbilidades asociadas; en este grupo de pacientes es aún más importante una adecuada monitoría y destrezas de quien lleva la responsabilidad de su administración y vigilancia.

El correcto entrenamiento y capacitación periódica en técnicas de reanimación básica y avanzada para el personal que administra y vigila la sedación, el seguimiento de las guías y contar con los elementos de monitoría y reanimación recomendados, puede hacer la práctica de la sedación moderada un recurso valioso, exitoso y de bajo riesgo tanto para el paciente como para el médico no anestesiólogo. Para la sedación profunda es altamente recomendable contar con un profesional experto en la titulación de los medicamentos de sedación y en el manejo de los eventos adversos que pueden comprometer la vida.

REFERENCIAS

1. Daneshmend TK, Bell GD, Logan RFA. Sedation for Upper Gastrointestinal Endoscopy: results of a national survey, GUT 1991; 32: 12-15.
2. Quine MA, Bell GD, McCloy RF, Charlton JE, Devlin HB, Hopkins AA. Prospective audit of upper Gastrointestinal Endoscopy in two regions of England: Safety, staffing and sedation methods. Gut 1995; 36: 462-467.
3. FA Macrae, KG Tan, CB Williams. Towards safer colonoscopy: a report on the complications of 5000 diagnostic or therapeutic colonoscopies. Gut 1983; 24: 376-383.
4. The report of the Working Party on guidelines for Sedation by Non Anaesthetists, published by The Royal College of Surgeons of England, June 1993.
5. Implementing and ensuring safe sedation practice for healthcare procedures in adults. The report of intercollegiate working party chaired by Royal College of Anaesthesia 2002 en <http://www.rcoa.ac.uk/docs/safesedationpractice.pdf>.
6. Recommendations for Standards of Sedation and patient Monitoring during Gastrointestinal Endoscopy, Published by the Endoscopy Section Committee Working Party of BSG 2003. en <http://www.bsg.org.uk/clinical-guidelines/endoscopy/guidelines-on-safety-and-sedation-during-endoscopic-procedures.html>.
7. Practice Guidelines for sedation and analgesia by Non Anesthesiologist. An update by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Sedation and Analgesia by Non Anesthesiologist. Anesth 2002; 96: 1004-17.
8. NCEPOD report, 'Scoping our practice', 2004 en http://www.ncepod.org.uk/2004report/PDF_chapters/NC.Summary.2719.pdf.
9. C Chelazzi, G Consales, P Boninsegni, A Bonanomi, G Castiglione, AR Gaudio. Propofol sedation in a colorectal cancer screening outpatient cohort. Minerva Anestesiol 2009; 75: 677-83.
10. Cacho G, Pérez-Calle JL, Barbado A, Lledo JL, Ojea R. Capnography is superior to pulse oximetry for the detection of respiratory depression during colonoscopy. Rev Esp Enferm Dig 2010; 102(2): 86-89.
11. Gang Tan, Michael G Irwin. Recent advances in using propofol by non-anesthesiologists. F 1000 Medicine Reports 2010, 2: 79 en <http://f1000.com/reports/m/2/79>.
12. Rex DK, Deenadayalu VP, Imperiale TF, Walker JA, Sandhu K, et al. Endoscopist-directed administration of propofol: a worldwide safety experience. Gastroenterology 2009; 137: 1229-37.
13. Lorell Fany, Pier A Testoni. Sedation and analgesia in gastrointestinal endoscopy: What's new? World J Gastroenterol 2010; 16(20): 2451-2457.
14. Lord DA, Bell GD, Gray A, Quine A, Bowles J, Romaya C, et al. Sedation for Gastrointestinal endoscopic procedures in the Elderly: Getting Safer Still Not Nearly Safe Enough en http://www.bsg.org.uk/images/stories/docs/clinical/guidelines/endoscopy/sedation_elderly.pdf.