



## EDITORIAL

# Sedación en procedimientos endoscópicos por intensivistas



## Sedation in endoscopic procedures performed by intensivists

T. Muñoz-Martínez

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España*

En este número de *MEDICINA INTENSIVA* Óscar Martínez et al. presentan su experiencia colaborando con los digestólogos de su hospital para optimizar la realización de procedimientos endoscópicos electivos fuera del entorno de la UCI<sup>1</sup>. Y utilizo la palabra *optimizar* porque lo que este trabajo nos plantea va más allá de administrar sedación a estos pacientes; en realidad se persigue el bienestar del paciente, su seguridad, la comodidad del endoscopista y el rendimiento de la técnica, todo ello facilitado por un proceso cuidadosamente organizado.

La colaboración de intensivistas con digestólogos durante procedimientos endoscópicos es habitual cuando la técnica va a realizarse sobre un paciente ingresado en UCI. El intensivista asume la sedoanalgesia y el control de las funciones vitales mientras el endoscopista realiza el procedimiento. Esa práctica descarga al endoscopista de vigilar la situación del paciente y permite maximizar la rentabilidad diagnóstica o terapéutica de la técnica.

Que la sedoanalgesia facilita realizar —y completar— técnicas endoscópicas está plenamente demostrado, considerándose incluso un criterio de calidad en las mismas<sup>2</sup>. La Asociación Española de Gastroenterología comparte esa inquietud, y ha publicado un Documento de Consenso sobre Sedoanalgesia en la Endoscopia Digestiva<sup>3</sup>. En el citado documento se recalca el gran volumen de pacientes subsidiario de estas técnicas, que supera la disponibilidad de anestesiólogos presentes en todos los procedimientos. De ahí surge la necesidad de que los endoscopistas se

familiaricen con el manejo de fármacos sedantes y doten a sus salas de material de soporte vital adecuado. Y por supuesto es imprescindible identificar las situaciones de riesgo y tener inmediatamente disponible un circuito de colaboración. El documento cita para ello tanto a los servicios de anestesia como de medicina intensiva.

La necesidad de realizar técnicas bajo sedación en múltiples entornos es una realidad creciente. Por una parte ha impulsado a diversos especialistas (digestólogos, cardiólogos, radiólogos, médicos de urgencias...) a adquirir una formación básica en sedoanalgesia y RCP, pero por otra ha obligado a estos mismos especialistas a solicitar ayuda más cualificada para determinados casos y situaciones. La Dra. Salvador, en un interesante artículo editorial<sup>4</sup>, aboga porque los anestesiólogos, a pesar de estar más confortables en el entorno del quirófano, vean la colaboración en estos nuevos escenarios como una oportunidad de progreso, que además puede ser científicamente satisfactoria. No puedo estar más de acuerdo, y lo veo perfectamente aplicable a los Servicios de Medicina Intensiva, como nos demuestran nuestros compañeros del Hospital Universitario del Tajo en su estudio.

Este trabajo nos describe una experiencia importante, más de 1.000 procedimientos en más de 800 pacientes. Se hace una evaluación previa rigurosa, informando adecuadamente al paciente. No creo necesario explicar el importante retraso en la lista de espera que supondría que esta labor de valoración de riesgo y selección de pacientes tuviera que realizarla el propio endoscopista en su consulta, restando este tiempo a su actividad en la sala de endoscopias. Es interesante también destacar que se desestiman unos pocos

Correo electrónico: [tomas.munozmartinez@osakidetza.net](mailto:tomas.munozmartinez@osakidetza.net)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.05.005>

0210-5691/© 2014 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

casos, considerando más apropiado realizar la técnica en el ámbito de quirófano bajo anestesia general. Este hecho, además de ser un indicador de que la seguridad del paciente prima sobre otro tipo de cuestiones, implícitamente supone que el proceso descrito incluye también la colaboración con anesthesiólogos. Por supuesto, la colaboración multidisciplinaria siempre redundará en beneficio del paciente y de la organización del hospital.

Se describe una monitorización adecuada del paciente y del procedimiento, registrando detalladamente los eventos fundamentales. Aunque se citan unas pautas de sedoanalgesia heterogéneas, que los propios autores reconocen como limitación metodológica, merece la pena señalar que el objetivo del estudio no es comparar diferentes fármacos o dosis sino evaluar un proceso clínico. En ese sentido, esa variabilidad facilita que en lugar de analizar condiciones experimentales nos situemos en un entorno «de la vida real».

Y los resultados son muy claros: excelente rentabilidad del proceso, con casi la totalidad de procedimientos completados; alto nivel de satisfacción del endoscopista ante la buena tolerancia a la técnica; alto nivel de satisfacción de los pacientes, de los cuales la mitad presentaban amnesia completa del episodio, y el resto negaban dolor; ausencia de complicaciones graves, permitiendo el alta a domicilio de todos los pacientes ambulatorios, y a su planta de procedencia de los ingresados. Es difícil hacer una evaluación comparativa sobre las complicaciones menores (desaturaciones e hipotensiones transitorias principalmente) ya que la mayor parte de los trabajos no las describen con el mismo rigor.

Como citan los propios autores y ya comentaban equipos de otras UCI<sup>5</sup>, podemos afirmar que la sedación por intensivistas en procedimientos endoscópicos electivos es factible y segura, siendo además satisfactoria tanto para los pacientes como para los digestólogos. Incluso es rentable, no solamente porque permite optimizar el cumplimiento de los objetivos diagnósticos o terapéuticos de la endoscopia, sino

también porque aprovecha la plantilla del servicio de medicina intensiva. Los intensivistas no podemos permanecer ajenos a las necesidades de nuestros compañeros de otras especialidades y nuestra implicación en actividades diversas del hospital es fundamental. Demostrar a los gestores sanitarios que los intensivistas podemos resultar útiles también fuera del entorno de la UCI redundará sin duda en el progreso de nuestra especialidad y en beneficio para los pacientes.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Tomás Muñoz ejerce funciones de consultor para Laboratorios Orion-Pharma SL.

## Bibliografía

1. Martínez O, Ballesteros D, Estébanez B, Chana M, López B, Martín C, et al. Características de la sedación profunda en procesos endoscópicos gastrointestinales realizada por médicos intensivistas. *Med Intensiva*. 2014.
2. Radaelli F, Meucci G, Sgroi G, Minoli G. Technical performance of colonoscopy: The key role of sedation/analgesia and other quality indicators. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:1122–30.
3. Simón MA, Bordas JM, Campo R, González-Huix F, Igea F, Monés J. Documento de consenso de la Asociación Española de Gastroenterología sobre sedoanalgesia en la endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29:131–49.
4. Salvador L. La anestesia fuera del área quirúrgica: ¿destino a galeras o crucero de lujo? *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2001;48:303–6.
5. Sánchez-Crespo JM, Reina-Molina JF, Ruiz-Miralles M, Huertos-Ranchal MJ. Sedoanalgesia realizada por intensivistas en pacientes no críticos. *Med Intensiva*. 2008;32:364–5.