



# Anestesia para endoscopia digestiva

F. Servin

*En Francia, por ejemplo, cada año se practican alrededor de 2 millones de endoscopias digestivas con la participación de un equipo de anestesia. La mayoría de las veces se trata de actos ambulatorios de baja morbilidad, pero en ocasiones se efectúan en pacientes hospitalizados muy ancianos y/o de clase ASA (American Society of Anesthesiology) elevada. Las necesidades de sedación para una endoscopia alta diagnóstica se presentan en alrededor del 40% de los pacientes. La exigencia de un anestesista para practicar la sedación difiere según el país. La colangiografía retrógrada se efectúa en decúbito lateral o prono y necesita una sedación profunda para asegurar que el paciente permanezca inmóvil. La intubación es rara vez necesaria, pero la medida del CO<sub>2</sub> espirado, que además permite vigilar la frecuencia respiratoria, es muy recomendable. En la colonoscopia, el anestesista tiene libre acceso a la cabeza y las vías respiratorias. Por lo tanto, todos los protocolos anestésicos son posibles. El anestesista debe saber adaptar la técnica al paciente y a las condiciones locales. El principal agente anestésico es el propofol, en el mejor de los casos administrado mediante infusión intravenosa con objetivo de concentración (AIVOC), pero se están realizando estudios de evaluación del remifentanilo en AIVOC para esta indicación. Las endoscopias digestivas rara vez producen complicaciones, pero de haberlas suelen deberse a la hipoxia, razón por la cual conviene administrar oxígeno al paciente en todos los casos. Sin embargo, esto puede enmascarar la depresión respiratoria de forma prolongada, lo que refuerza el interés de vigilar el CO<sub>2</sub> espirado y la frecuencia respiratoria. El 13% de los pacientes se encuentra bajo tratamiento a largo plazo con anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios (AAP). En las endoscopias con riesgo hemorrágico bajo (incluidas las biopsias) no es necesario interrumpir la administración de antivitaminas K (AVK) o AAP.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Colonoscopia; Colangiografía retrógrada endoscópica; Endoscopia digestiva; Sedación consciente; Ambulatorio; Propofol

## Plan

■ Tipos de endoscopias digestivas	1
■ Anestesia en la endoscopia digestiva	2
■ Anestesia en la endoscopia alta diagnóstica	2
■ Anestesia en la endoscopia alta terapéutica	3
■ Anestesia en la colonoscopia	3
■ Profilaxis antibiótica y endoscopias digestivas	4
■ Conducta práctica ante un paciente tratado con anticoagulantes y/o antiagregante plaquetario	4
Procedimientos con bajo riesgo hemorrágico	4
Procedimientos con riesgo elevado	4
■ Riesgos y complicaciones de las endoscopias digestivas	5
Complicaciones de las esofagogastroduodenoscopias	5
Complicaciones de las otras endoscopias altas (ecoendoscopias, CPRE, enteroscopias)	5
Complicaciones de las colonoscopias	5
■ Conclusión	6

## ■ Tipos de endoscopias digestivas

Las endoscopias digestivas altas comprenden las esofagogastroduodenoscopias (EGD) diagnósticas (33%), las ecoendoscopias (3%) y las colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) (2%). Las endoscopias bajas comprenden las colonoscopias (46%) y las rectosigmoidoscopias (4%). En alrededor del 16% de los pacientes se indica la EGD asociada a colonoscopia.

Las punciones guiadas por ecoendoscopia, las videocápsulas y las enteroscopias sólo se indican, respectivamente, en el 0,1% de los pacientes.

Las colonoscopias, las CPRE y las ecoendoscopias siempre se efectúan por lo menos con una sedación consciente. Las rectosigmoidoscopias no suelen necesitar tratamientos adyuvantes. En el caso de las EGD, la conducta suele ser intermedia: casi siempre con sedación en la práctica privada y recurso marginal al equipo de anestesia en los hospitales públicos.

## ■ Anestesia en la endoscopia digestiva

En Francia, por ejemplo, la gran mayoría de las endoscopias se practica con ayuda de un equipo de anestesia (médico y/o personal de enfermería anestésista) para la sedación. Esta situación era casi única en relación con el resto del mundo, donde la prestación anestésica en endoscopia no suele estar cubierta por la seguridad social o los seguros privados. Sin embargo, esto se ha ido modificando de forma progresiva gracias al uso del propofol y a la clara superioridad clínica de éste, sobre todo en términos de rapidez y de calidad del despertar. Por ejemplo, en varios estados de EE.UU., algunas compañías de seguros reintegran el coste de la anestesia para una endoscopia digestiva si la sedación se efectúa con propofol<sup>[1]</sup>. En Ontario, Canadá, la proporción de endoscopias digestivas con la participación de un anestésista pasó del 8,4% en 1993 al 19,1% en 2005<sup>[2]</sup>.

Sin embargo, el deseo de numerosos gastroenterólogos de poder usar el propofol, en especial para las EGD, ha conducido a la publicación de series prospectivas sobre el uso de este agente sin la presencia de anestésistas en esta indicación, cuyos resultados no pueden ser desestimados, aunque no sea más que por la cantidad de pacientes incluidos: más de 10.000 en un estudio sobre el propofol en dosis baja (menos de 40 mg) en las EGD<sup>[3]</sup> y 811 endoscopias a 716 niños, de los cuales 463 eran menores de 10 años, en una serie pediátrica<sup>[4]</sup>. En todos los casos, los autores insisten sobre la importancia de la formación y la posibilidad de recurrir al equipo de anestesia. Este recurso nunca ha sido necesario en el estudio relativo a los pacientes adultos. En el estudio pediátrico se llamó al anestésista 19 veces, en ocho casos porque para introducir el endoscopio se necesitó una laringoscopia y en nueve, debido a un laringoespasmio.

La necesidad de contar con un médico anestésista para la sedación durante las colonoscopias de detección del cáncer colorrectal corre el riesgo, en un futuro cercano, de ser puesta en tela de juicio en numerosos países debido al aumento del coste sin que exista una prueba evidente de ganancia en términos de morbilidad asociada<sup>[5]</sup>. La Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva y la Sociedad Europea de Anestesia han redactado en conjunto recomendaciones concernientes a la administración de propofol por médicos no anestésistas, que han sido publicadas en las revistas *Endoscopy*<sup>[6]</sup> y *European Journal of Anaesthesiology*<sup>[7]</sup>. Comprenden, entre otras recomendaciones:

- la obligación de tener una formación adecuada en sedación; la autoformación está totalmente desaconsejada (grado A);
- la necesidad de contar durante los primeros casos (¿30?) con la supervisión de un anestésista o de otro médico que ya haya efectuado más de 300 (grado D);
- la evaluación previa al acto de los riesgos potenciales, con inclusión de la clase ASA y el criterio de Mallampati (grado C);
- la ayuda de un anestésista cuando se trata de un paciente expuesto a riesgos de complicaciones (clase ASA superior o igual a 3 y criterio de Mallampati superior o igual a 3, exploración prevista de larga duración, etc.) (grado D);
- la obligación de contar con una persona dedicada a la sedación (grado A);
- la necesidad de acceder a una vía venosa por un catéter corto (grado D);
- la administración obligatoria de oxígeno (grado B);
- la monitorización de la pulsioximetría y de la presión arterial no invasiva (PNI) durante el acto y la fase de despertar, la necesidad de un cardioscopio para un paciente con antecedentes cardiovasculares o respiratorios y el

registro de los valores iniciales mínimos y máximos de la frecuencia cardíaca, así como de la presión arterial y la pulsioximetría (grado B);

- las endoscopias simples pueden efectuarse con una sedación leve, mientras que los actos largos y complejos (ecoendoscopias, CPRE) se efectúan en general con sedación profunda (grado A);
- si es difícil obtener el nivel de sedación necesario, la exploración se interrumpe y se recurre al anestésista (grado D);
- entre el final de la exploración y el alta, el paciente debe ser vigilado por personas conocedoras de los efectos adversos de los agentes administrados (grado C);
- para decidir el alta del paciente, se recomienda usar las escalas publicadas al respecto (grado C);
- después del alta, los pacientes serán acompañados por un adulto responsable y deben abstenerse de conducir o manejar máquinas peligrosas, así como de tomar decisiones importantes durante al menos 12 horas si se ha usado propofol solo y 24 horas en caso de asociaciones medicamentosas. Antes del alta deben recibir instrucciones orales y escritas, con la inclusión de un número de teléfono para comunicarse en caso de necesidad (grado A).

## ■ Anestesia en la endoscopia alta diagnóstica

La endoscopia digestiva alta diagnóstica es un acto breve (en general de menos de 10 minutos) y, aunque se acompaña de una estimulación dolorosa, puede efectuarse sin administrar un ansiolítico. Las EGD representan la mayoría de las endoscopias digestivas realizadas sin recurrir a un equipo de anestesia. Cann<sup>[8]</sup> ha demostrado que si se dejaba escoger a los pacientes la modalidad de la exploración, los índices de aceptación eran muy elevados. En su trabajo, el 36% de los pacientes optaba de entrada por la sedación y, del 64% que no había escogido la sedación, más del 90% estaba dispuesto a someterse de nuevo al estudio en las mismas condiciones. En suma, el índice de satisfacción fue del 93,6%. Si se toma como referencia este enfoque, puede estimarse que el requerimiento de sedación para una endoscopia alta se situaría en torno al 42%. Esto ha sido confirmado por una reciente encuesta noruega, en la que se estimó que necesita sedación el 32% de los pacientes, sobre todo los más jóvenes y tratados por endoscopistas poco experimentados<sup>[9]</sup>.

Debido al carácter breve y a la estimulación dolorosa, la anestesia para la EGD puede enfocarse de dos maneras: con propofol (o midazolam) solo, en dosis baja (20-40 mg de propofol, 1-2 mg de midazolam), básicamente en busca de un efecto ansiolítico en un paciente al cual se le ha explicado bien el procedimiento y que acepta las modalidades (lo que representa la amplia mayoría de los pacientes), o mediante una anestesia breve con asociación de un morfínico para atenuar la estimulación dolorosa y prevenir la reactividad.

En un estudio prospectivo aleatorizado con 199 pacientes sobre anestesia en las EGD, se comparó el fentanilo y el remifentanilo en asociación con el propofol<sup>[10]</sup>. Los pacientes recibían 1 mg/kg de propofol y 0,5 µg/kg de fentanilo o remifentanilo. En caso de necesidad, se administraban bolos adicionales de 0,5 mg/kg de propofol. Se demostró una mayor eficacia del remifentanilo en este contexto, con dosis de propofol que, sin embargo, superaban los 2,5 mg/kg en ambos grupos. Podría parecer más lógico apoyarse mucho más en el remifentanilo en busca de una exploración sin tropiezos y de una recuperación rápida, sin olvidar el mayor riesgo de depresión ventilatoria cuando se asocian propofol y remifentanilo<sup>[11]</sup>. Por desgracia, no hay publicaciones con relación a esta indicación. Sin embargo,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756628>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756628>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)