

Cartas al Editor

Basta ya de tanta discusión a propósito de quién debe de manejar el propofol en las endoscopias digestivas

Palabras clave: Sedación. Propofol.

DOI: 10.17235/reed.2017.4901/2017

Sr. Editor:

En relación al artículo especial titulado “Seguridad del paciente en la sedación profunda para procedimientos endoscópicos digestivos”, de Álvarez y cols., publicado en esta revista (1), no hay que olvidar que la presencia de un anestesista en las unidades de endoscopia encarecería notablemente los costes de las exploraciones, hasta un 40% (2). Debemos optimizar al máximo los limitados recursos económicos (3), siendo los endoscopistas los que sedemos a nuestros pacientes, siempre con las máximas garantías y seguridad.

Cuando seda el endoscopista, que sedamos menos profundamente que los anestesistas, las exploraciones y el alta de los pacientes son más rápidos, lo cual aumenta la eficiencia en las salas de endoscopia (4).

Dicho esto, la cuestión es que el endoscopista utilice el propofol de forma segura.

Antes de empezar a manejar este sedante, es imprescindible que todo el personal de la Unidad de Endoscopia Digestiva siga alguno de los cursos de “Sedación Profunda en Endoscopia Digestiva” que organiza la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva a lo largo del año.

Siguiendo estos principios, en nuestra experiencia, las complicaciones graves asociadas al empleo del propofol son muy

poco frecuentes, la morbilidad grave bajísima, la mortalidad casi nula, la satisfacción de los pacientes muy alta y el porcentaje de aquellos a los que no se les ha podido realizar el procedimiento en la sala de endoscopias, requiriendo repetir la exploración en quirófano, inferior al 1%.

Coincidimos con Dumonceau (5) en que hay que reenfocar el debate de la sedación por anestesistas o no anestesistas, con la esperanza de que se logre un acuerdo entre todas las partes.

Debemos buscar un entente cordial entre anestesistas y endoscopistas, evitando ataques recíprocos ante acusaciones inútiles de ambas partes que solo conducen al malestar de todos. Ambos colectivos tenemos razón, si bien, durante la endoscopia digestiva, con sus peculiaridades, somos los endoscopistas los que tenemos más experiencia en ese contexto particular.

Juan J. Sebastián Domingo¹, Tomás Cabrera Chaves¹
y Miguel Ángel Simón Marco²

Unidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Aparato Digestivo. ¹Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Bibliografía

1. Álvarez J, Cabadas R, de la Matta M. Seguridad del paciente en la sedación profunda para procedimientos endoscópicos digestivos. Rev Esp Enferm Dig 2017;109(2):137-43. DOI: 10.17235/reed.2016.4572/2016
2. Birk J, Bath RK. Is the anesthesiologist necessary in the endoscopy suite? A review of patients, payers and safety. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2015;9(7):883-53. DOI: 10.1586/17474124.2015.1041508
3. González-Huix Lladó F. Sedation for endoscopy in 2016 - Is endoscopist-guided sedation safe in complex situations? Rev Esp Enferm Dig 2016;108(5):237-9. DOI: 10.17235/reed.2016.4383/2016
4. Mönkemüller K, Wilcox CM. Positive domino effect, choice of conscious sedation, and endoscopic unit efficiency. Gastrointest Endosc 2013;77(6):888-90. DOI: 10.1016/j.gie.2013.02.036
5. Jean-Marc Dumonceau. Will societies of anesthesiologists participate in the take-off of non-anesthesiologist administration of propofol? Rev Esp Enferm Dig 2017;109(2):87-90. DOI: 10.17235/reed.2017.4707/2016