REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

CO-17. SEDACIÓN EN CPRE: ¿ANESTESIÓLOGO, INTENSIVISTA O ENDOSCOPISTA?: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO

Vargas García, Alba L.¹; Zaragoza Velasco, Natividad²; Pechkova Pechkova, Marian³; Miñana Calafat, Josep²; Albuquerque Miranda, Marco¹; Figa Francesch, Montse³; Planella de Robinat, Montserrat²; Ballester Clau, Raquel²; Reñe Espinet, Josep Maria²; González-Húix Lladó, Ferrán⁴

¹Clínica Girona. Girona. Hospital de Palamós. Palamós, Girona. ²Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. ³Clínica Girona. Girona. ⁴Clínica Girona. Girona. Hospital Arnau de Vilanova. Girona

Introducción: Se desconoce la cualificación necesaria del profesional (anestesiólogo, intensivista o endoscopista) para una sedación más eficiente durante la CPRE.

Objetivo: Comparar la seguridad y eficiencia de la sedación en CPRE según el profesional responsable de la misma: anestesiólogo/intensivista/endoscopista.

Material y método: Análisis prospectivo comparativo no aleatorizado. Pacientes consecutivos a los que se realiza una CPRE (enero 2017-mayo 2018) en dos hospitales. La sedación fue dirigida por endoscopista (SedEndosc) (lunes); intensivista (SedIntens) (miércoles) o anestesiólogo (SedAnest) (jueves). Siempre incluyo Propofol administrado a discreción del responsable: solo Propofol (sProp), Propofol+Midazolam (MidProp) o pautas mixtas Propofol + Fentanilo/Remifentanilo/Ketamina (PropMix). Se evaluó, variables demográficas, factores de riesgo: ASA, Performance Status (PS), riesgo hipoventilación, variables CPRE: posición del paciente, calidad radiológica, anulaciones de CPRE, tiempo de sedación, monitorización (TA, FC, Saturación O2), Escala Alerta Sedación: OAAS, medidas de reanimación/ventilación y complicaciones graves: TA sistólica < 70 o >250, arritmia grave FC<40 o >150, desaturación grave (< 70%), laringoespasma, broncoaspiración, paro cardiorrespiratorio o *éxitus*.

Resultados: 347 pacientes (edad X = 73,5 ± 14,9; mujeres: 55,3%): SedEndosc: 116/33,8%, SedAnest: 122/35,6% y SedIntens: 105/30,6%. Sin diferencias iniciales en estado general (PS), ASA ≥ 3 (11,2%, 16,7%, 9,5%; p = 0,49), riesgo de hipoventilación, TA, FC y SatO2, pero si en pauta sedación: SedEndosc: sProp: 88,8%, SedAnest: PropMix: 84,3%, SedIntens: MidProp: 76,8% (p = 0,000). El 9,2% (n = 32) presentaron

complicaciones graves, más frecuentes en SedAnest (14,8%) y SedIntens (9,5%) vs. SedEndosc (3,4%) ($p = 0,011$). La desaturación $> 70\%$ fue la más frecuente: 7,6%, 6,6% y 0,9% (0,041) respectivamente, que obligo a utilizar medidas de reanimación en el grupo SedAnest y SedIntens respecto a SedEndosc ($p = 0,019$). No hubo *éxitus*. La sedación fue más profunda (OAAS) en SedAnest y SedIntens respecto SedEndosc ($5,18 \pm 0,63$ y $5,19 \pm 0,49$ vs. $4,7 \pm 0,44$; $p = 0,000$). El número de CPRE anuladas e intubaciones orotraqueales fue mayor en SedAnest ($p = 0,019$ y $0,028$). La posición del paciente (decúbito lateral vs. prono) ($p = 0,000$) y la imagen radiológica ($p = 0,002$) fue peor en SedAnest.

Conclusiones: La sedación durante la CPRE es más segura y eficiente cuando está dirigida por el endoscopista.