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

P-076. ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD EN LA SEDACIÓN DURANTE LA ECOENDOSCOPIA EN PACIENTE DE ALTO Y BAJO RIESGO

Valverde-López, Francisco; Abellán-Alfocea, Patricia; López-Tobaruela, José María; Martínez-Cara, Juan Gabriel; Redondo-Cerezo, Eduardo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La USE es un procedimiento habitual pero no inocuo. Los eventos adversos se relacionan con la experiencia del operador, la condición general del paciente (ASA), el ecoendoscopio y la sedación.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en cuanto a perfil del paciente (ASA) y las situaciones adversas relacionadas con la sedación.

Material y método: Analizamos retrospectivamente los datos de los pacientes sometidos a una ecoendoscopia en nuestro centro (junio 2010-diciembre 2017). La edad, sexo, presencia de anestesista, dosis de propofol, tiempo de inducción, exploración y recuperación fueron recogidos. Como eventos adversos, analizamos bradicardia, desaturación, necesidad de maniobras de reanimación y mortalidad. Se compararon los pacientes de bajo riesgo (ASA I-II) con los de alto riesgo (ASA III-IV).

Resultados: Analizamos 2208 pacientes. Los resultados se muestran en la tabla 1. En todos los casos utilizamos propofol, solo en un 2,6% guiado por anestesista. La edad media fue estadísticamente superior en pacientes de alto riesgo, en los que utilizamos menos dosis de propofol. No evidenciamos diferencias significativas en el tiempo de exploración ni de recuperación, pero sí en la frecuencia de bradicardia, desaturación y necesidad de maniobras de reanimación, aunque con una tasa extremadamente baja. No evidenciamos fallecimientos (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes y hallazgos

	Total	ASA I-II	ASA III-IV	p
n	2208	1661	513	

Edad, (media $\pm$ DS)	61,4 $\pm$ 15,2	58,1 $\pm$ 14,9	71,7 $\pm$ 10,7	< 0,0001
Hombres, n (%)	1150 (52%)	816 (49,1%)	315 (61,4%)	< 0,0001,
Anestesista	54 (2,6%)	28 (1,7%)	21 (4,2%)	0,001
Dosis inducción propofol (mg)	68,3 $\pm$ 23,1	72 $\pm$ 22,4	55,4 $\pm$ 21,5	< 0,0001
Tiempo de inducción (segundos)	38,4 $\pm$ 19,7	37,7 $\pm$ 19,4	40,8 $\pm$ 20,8	0,004
Tiempo de exploración (minutos)	17,9 $\pm$ 9,6	17,9 $\pm$ 9,7	18 $\pm$ 9,4	n,s
Tiempo de recuperación (minutos)	7,85 $\pm$ 4,2	7,8 $\pm$ 4,1	7,8 $\pm$ 4	n,s
Bradicardia	7 (0,3%)	3 (0,2%)	4 (0,8%)	0,058
Desaturación	68 (3,3%)	42 (2,6%)	26 (5,3%)	
Finalización precoz	59 (2,8%)	41 (2,6%)	18 (3,7%)	n,s
Maniobras de reanimación	54 (2,6%)	33 (2,1%)	21 (3,4%)	0,007
Mortalidad	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-

Conclusiones: Los eventos adversos intraprocedimientos en relación con la sedación (realizada por el endoscopista en la mayoría de casos), presentan una frecuencia muy baja en nuestra experiencia, incluso en pacientes de alto riesgo, constatándose como un procedimiento de alta seguridad.