

## Más sobre sedación en endoscopia digestiva

L. M. Benito de Benito y R. Aguado Romo<sup>1</sup>

*Sección de Aparato Digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. <sup>1</sup>Psicólogo Clínico. Colaborador Externo. Talavera de la Reina, Toledo*

Desde los tiempos de James Esdaile (1808-1859), un cirujano inglés que trabajaba en la India en la era preanestésica, son múltiples los trabajos en los que se menciona la utilización de la hipnoanestesia con éxito en intervenciones quirúrgicas mayores. No obstante, el empleo de la misma en estos momentos es prácticamente inexistente, ya que la eficacia de la quimioanestesia es cuestionable.

La práctica de la endoscopia digestiva no es, de ordinario, tan agresiva como lo es una intervención quirúrgica, ni precisa del mismo grado de profundización anestésica. Sin embargo, durante la realización de este tipo de

exploraciones también se registran alteraciones de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y otros datos que muestran que, paradójicamente, aunque el sujeto puede que no sienta dolor, los monitores están indicando que el organismo se siente invadido.

Todavía persisten los ecos de la polémica surgida hace más de cuatro años (1) a consecuencia de un editorial (2) sobre quién debe ser el responsable de la sedación en endoscopia digestiva. Y lejos de este artículo la pretensión de reabrir viejas heridas. Si acaso, ojalá que sirva para que cicatricen mejor. Bastante repercusión tuvo y está teniendo, dando pie a la organización de diferentes foros

que abordan el tema en los distintos congresos de nuestra especialidad.

Con la experiencia de los años se comprueba que la tolerancia de los pacientes a una endoscopia sin sedación es variabilísima; pero por mucha experiencia que se acumule hay que admitir que ante un paciente que jamás se ha hecho ninguna endoscopia su comportamiento es impredecible *a priori*. Se han hecho algunos estudios para tratar de predecir la tolerancia a la colonoscopia, exploración que acostumbra ser más dolorosa que la gastroscopia. En dos de ellos realizados por equipos coreanos y publicados en 2007 se llega a conclusiones similares, vaticinando peor tolerancia en mujeres con cirugía ginecológica previa y con un bajo índice de masa corporal. Pero curiosamente en uno se prevé peor tolerancia en las jóvenes (3) mientras que en el otro concluyen que la gente mayor lo tolerará peor (4). A pesar de estos estudios que ilustran lo que la experiencia particular va mostrando, la probabilidad no implica determinación y siempre surgen sorpresas que contradicen las previsiones. En definitiva, se carece de un método útil para predecir la tolerancia de los pacientes sometidos a una endoscopia digestiva, sobre todo si es la primera vez.

Clásicamente el síntoma peor tolerado en las endoscopias altas es la sensación nauseosa, las arcadas y vómitos "secos" (si la endoscopia es electiva, el estómago está vacío y no se vomita nada). Y en las endoscopias bajas, lo más desagradable es el dolor de tipo cólico provocado por la distensión que produce el aire insuflado y la tracción del mesenterio, sobre todo del mesosigma. Son diferentes, por tanto, las molestias en ambas pruebas y la intensidad de las mismas así como la percepción de ellas por los pacientes.

En un intento por hacer más tolerables y "humanas" las endoscopias se ha recurrido a la anestesia farmacológica, como se ha hecho en otros procesos diagnósticos o terapéuticos molestos. Pero queda una asignatura pendiente: se ignora *a priori* qué paciente la va a necesitar realmente. Si a los pacientes antes de la prueba se les ofrece la posibilidad de sedación, muchos optarán por ella. También es cierto que algunos de ellos, quizás muchos, podrían tolerar la prueba bastante bien sin necesidad de anestesia. Pero también es cierto que algunos de los que creían poder superar la prueba sin anestesia se arrepienten, durante y después de la prueba, de no haberla pedido. Por ello, en la aplicación de la sedación anestésica a los pacientes sometidos a endoscopia digestiva se corren dos riesgos: sedar a quien no lo precisa o dejar de sedar a quien lo necesita. Es decir, pasarse o no llegar.

Sobre la apreciación de si realmente una prueba endoscópica ya concluida debía haberse hecho con sedación o sin ella también hay grandes controversias. Por lo general, entre los endoscopistas se tiende a conceder mejor tolerancia a la prueba que la que suele darle el propio paciente. Es más, el ego hace que el médico se considere más habilidoso y experimentado cuanto mayor porcentaje de colonoscopias completas realiza sin precisar aneste-

sia. Incluso algunos consideran que hacer sistemáticamente todas las colonoscopias con sedación hace perder al endoscopista capacidad "negociadora" con las curvas del colon. O que el porcentaje de perforaciones por colonoscopia es mayor en aquellas exploraciones realizadas bajo sedación, quizás por tener menos impresión de poder causar daño debido a la analgesia, si bien sobre esto no hay nada publicado que lo avale.

Resulta curioso, en este sentido, el artículo publicado por Herrerías y cols. (5) que recoge los resultados de una extensa encuesta de 90 preguntas sobre la dotación y los hábitos de los servicios de endoscopia en diferentes hospitales públicos. No sólo se preguntaba sobre qué se hacía sino además sobre qué creían que se debía hacer. Y así, en el ítem 60 sorprende que en un hospital consideraban que ninguna colonoscopia debía hacerse con sedación, en tres hospitales estimaban que menos de un 33% lo precisaba, otros tres hospitales pensaban que entre el 33 y 66% de las colonoscopias requerirían sedación, mientras que en 7 centros (la mitad de los encuestados) ampliaban el porcentaje por encima del 66%. También concluyen que sería preciso "aumentar y mejorar los medios actuales especialmente en el terreno de la anestesia y de nuevos servicios materiales", pero identifican en todo momento la sedación con aplicación de fármacos, con anestesia, sin que se plantee alternativa de sedación no farmacológica. Y en el interrogatorio sobre la composición de las unidades de endoscopia no se hace mención de ningún psicólogo clínico.

Parodiando la polémica pregunta del editorial aludido al principio, la cuestión que proponemos sería: ¿quién debe ser sedado? ¿Se puede saber *a priori* quién necesita sedación? Parece que en el momento actual la respuesta a esta pregunta es "no". Y ante la responsabilidad de tomar la decisión por cuenta propia, muchas veces se deja en manos del paciente: que sea él quien decida. Evidentemente, si ya ha pasado por una experiencia similar (repetición de la endoscopia) su opinión será de mucho valor, porque nadie mejor que él sabe el grado de molestia o lo desagradable se le hizo la exploración anterior. Pero los pacientes que acuden por primera vez se suelen sentir incómodos si se les pregunta si quieren sedación y tienden a volver la pregunta con recelo hacia el médico: "¿Vd. qué cree?" o "¿Vd. qué haría?", lo cual invita a ofrecerle lo que más a mano se tenga o lo que suponga mayor rapidez en la realización global del procedimiento. Así, si sedar es técnicamente complejo, se suele decir que no es necesario emplear sedación "porque va a ser un momento", mientras que si el anestésico está ya cargado en la jeringa, se esgrime un argumento similar sugiriendo al paciente que opte por la sedación "porque va a ser un momento" y que es mejor que no se entere. Con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 en la mano, el empleo de improvisado de anestesia, salvo necesidad imperiosa, podría traer consecuencias legales incluso sin que surjan complicaciones derivadas del procedimiento, simplemente por defecto de forma. La mayoría de los documentos

de consentimiento informado para pruebas endoscópicas incluyen la información adicional de que la prueba puede requerir el empleo de sedación a criterio del endoscopista, pero eso no exime de informar adicionalmente si se va a sedar o no. La discusión podría alargarse con el debate a lo largo de las tenues lindes entre sedación y anestesia.

En la práctica clínica habitual, si se dispone de algún tipo de protocolo de sedación anestésica, esta se lleva a cabo si no existe contraindicación, si el paciente está de acuerdo o lo solicita, o el facultativo estima que sedado el paciente no lo pasará tan mal. El paciente muchas veces no se siente facultado para sopesar pros y contras, para decidir si desea o no sedación, si le conviene o no: lo que quiere es no sufrir.

Dejando la actuación pendiente del “que decidan ellos”, probablemente se sedará a más pacientes de los que realmente lo necesitarían, aunque quizás esta reflexión sea fruto una vez más de una sobrestimada capacidad y pericia endoscópica. Muchos estudios hacen apología de la endoscopia sin sedación (6-8) haciendo hincapié en que la destreza, el cuidado y la pericia pueden ser suficientes para que las colonoscopias puedan llevarse a cabo sin demasiadas molestias en un elevado porcentaje de pacientes.

La sedación bajo agentes farmacológicos no está exenta de complicaciones de las cuales el paciente debe estar informado adicionalmente. La sedación farmacológica también tiene sus riesgos. Por ello, si se seda a quien no lo necesita quizás se están haciendo las cosas mal porque en medicina lo que no está indicado está contraindicado. Sí se acepta, según diferentes estudios (6-8), que el porcentaje de pacientes que son capaces de tolerar una colonoscopia completa sin necesitar anestesia es del 60 al 85%, sedar a todos por sistema (salvo expreso deseo en contra del paciente) parece una mala gestión de recursos. Incluso algunos han puesto en duda que realmente la sedación mejore la eficacia de la prueba (9) siendo claramente menor su eficiencia al tener un mayor coste. Cabría insistir una vez más, a la vista de estas reflexiones, que la discusión más enjundiosa no debe girar tanto sobre quién debe sedar sino quién necesita ser sedado.

Por pocos que fuesen –o que de hecho sean– los pacientes que consideramos –o consideran– que la endoscopia ha de hacerse con sedación, parece que nadie duda que algunos pacientes necesariamente precisan sedación para poder llevar a cabo una endoscopia digestiva. Y para defender ese derecho hay que luchar.

Podría abrirse un nuevo punto de debate: ¿qué tipo de sedación se emplearía? En una reciente revisión de Leung (10) se repasan los diferentes métodos no farmacológicos que se pueden aplicar para hacer más llevadera la colonoscopia. Desde el empleo de endoscopios más finos hasta la relajación de los pacientes con música o hipnosis. La mayoría de los endoscopistas –como ya se ha aludido en relación con el artículo de Herrerías y cols. (5)– asocian sedación con anestesia farmacológica. O dicho de otro modo, no creen que haya otros métodos de proporcionar sedación que no sea con fármacos.

Son varios los artículos publicados (11-13) en los que se hace mención de la música ambiental como herramienta eficaz para hacer más tolerable la exploración. El mecanismo que parece que subyace en este método no es otro que mantener distraída la mente en un proceso diferente a la exploración que se lleva a cabo en el interior de aparato digestivo. Este apartar la atención del padecimiento del cuerpo, que en el fondo es lo que hacen los agentes farmacológicos que calificamos de anestésicos, se ha tratado de hacer por otras vías no farmacológicas. Diferentes técnicas de concentración, más o menos afines a filosofías orientales, lo pretenden y promocionan.

Lo que un endoscopista espera del paciente es que colabore durante la exploración, que esté tranquilo, relajado, que no tenga apenas molestias o que sean mínimas. Lo que el paciente desea es no sufrir, no tener angustia ni dolor. Y, si durante la exploración lo tiene, al menos que al final quede un efecto amnésico que le impida recordar el mal rato pasado, efecto que tienen algunas de las drogas anestésicas que se emplean con gran éxito.

También es lo que busca la hipnosis clínica. Con la anestesia hipnótica se pretende, al igual que con la anestesia química, que el paciente no tenga sufrimiento y evite problemas durante la intervención. Pero el sufrimiento no sólo hay que definirlo como el correlato de gritos, movimientos y quejas que ocurren durante el procedimiento, sino que también deben ser admitidos como sufrimiento: la ansiedad anticipatoria, el trauma postintervención, o la sensación de indefensión y vulnerabilidad que tiene el paciente antes, durante y después de la endoscopia. Recientemente (14) se ha puesto de manifiesto que uno de los principales factores que contribuyen a dar peor valoración al conjunto del procedimiento está en relación con el tiempo que el paciente pasa en la sala de espera hasta que se hace la prueba. Y el dolor se muestra otra vez más presente en mujeres con ansiedad, una ansiedad que se alimenta también durante el tiempo que pasa en la sala de espera. Independientemente de que estos pacientes vayan a ser sedados con fármacos, el tiempo de angustia previa a la administración de los fármacos es un sufrimiento que normalmente no se pondera. Es un tiempo que, por otro lado, puede ser bien aprovechado por el psicólogo clínico para realizar la fase de acompañamiento que hará mucho más sencilla la entrada del paciente en la situación de hipnosis. Por tanto, si se estima que el paciente va a esperar antes de hacerse la prueba, sin duda la espera es menos angustiada aplicando técnicas de relajación que permitan llevar a cabo con mayor sencillez una focalización por disociación selectiva (FDS).

En un estudio publicado con apenas seis pacientes sometidos a colonoscopia bajo hipnosis (15), Elkins y cols. encontraron mejores resultados que con otro grupo de 10 pacientes control. Sin embargo fue el grupo de Cadranet (16) en 1994 el pionero en sugerir que la hipnosis clínica podría ser útil para sedar a pacientes que iban a ser sometidos a procedimientos endoscópicos. Aparte de estos estudios, pocos se han llevado a cabo para determinar la

utilidad de la hipnosis clínica en endoscopia. Por ello en nuestro centro y desde hace unos meses estamos llevando a cabo un ensayo clínico prospectivo y aleatorizado para evaluar la tolerancia de pacientes que se someten por primera vez a una colonoscopia, en tres brazos: el grupo control (endoscopia sin sedación), el grupo patrón de oro (endoscopia con sedación farmacológica intravenosa) y el grupo experimental (endoscopia con sedación por hipnosis). La metodología cuenta con la aprobación del Comité de Ética. La hipnosis se induce por un psicólogo clínico y el protocolo incluye que todos los pacientes están monitorizados durante el procedimiento, con registro de las constantes. Al finalizar el procedimiento se entrega un cuestionario de calidad con escala analógica de dolor y percepción global de molestias a cada paciente. También se ha querido hacer un seguimiento tardío por teléfono, entre las 24 y 48 horas, porque no pocas veces los pacientes refieren que tuvieron grandes molestias para eliminar los gases que se estiman más cuantiosos en los procedimientos con pacientes sedados.

A la hipnosis clínica todavía la rodean nebulosas de pseudociencia. Como dice Jenny Moix (17) "mientras en círculos científicos no se duda de su efectividad, la mayoría de la gente de la calle e incluso profesionales de la salud sigue colocándola en el cajón de lo paranormal". Los mecanismos neurofisiológicos de la hipnosis clínica están bien estudiados, aunque como es habitual ninguna de las hipótesis han sido confirmadas de forma independiente. Parece que no tiene que ver con el sistema endorfinico (18,19), ni con el influjo de la acetilcolina (20), por lo tanto la base ni es hormonal, ni es consecuencia de la relajación mental, plataforma en muchos momentos de la activación del neurotransmisor que activa la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo (acetilcolina). Parece ser que se trata de un mecanismo más complejo que el que se desprende de la acción de un solo neurotransmisor. Estudios de Ciernan, Dane, Phillips y Price (1995) concluyen que la analgesia hipnótica implica una supresión de la actividad en las neuronas espinales sensoriales. La hipnosis clínica se ha utilizado y se utiliza cada vez en más procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los que el dolor y la ansiedad están presentes (21-23). Hay cada vez más intentos de rescatar este recurso de la psicología de su halo esotérico y vinculado vulgarmente al ámbito feriante. A través de ensayos clínicos prospectivos se pretende ver en qué ámbitos puede ser útil la hipnosis (24).

Con el reconocimiento de la Psicología Clínica como actividad de índole sanitaria, es probable que cada vez se abran más las puertas de los hospitales a este tipo de profesionales cuyo concurso puede ser de gran ayuda para el tratamiento del dolor y la ansiedad en sus diferentes vertientes. La hipnosis clínica ha demostrado en los últimos treinta años que reduce o elimina una variedad de dolores inducidos de forma experimental, tales como el dolor isquémico, el eléctrico y el térmico (25). Es muy posible que en el terreno de la endoscopia digestiva pueda ser un

elemento que ayude a perfilar una buena solución para algunos de los problemas anteriormente apuntados.

Si bien el patrón de oro de la sedación en endoscopia lo constituye la administración de diferentes fármacos intravenosos (26), un estudio comparativo coste-efectividad podría ser revelador. Se ha señalado ya que la administración de fármacos analgésicos o sedantes intravenosos puede tener efectos secundarios, aunque infrecuentes y generalmente leves. Además en los pacientes sedados debe existir monitorización de las constantes vitales, hay un gasto en fármacos, suero y vías, sin perder de vista los costes indirectos (al paciente sedado se le recomienda que ese día no trabaje o cuando menos se le prohíbe conducir) o sociales (a menudo ha de ir acompañado por otra persona que también pierde su jornada laboral). Si se tienen en cuenta todos estos gastos, el coste de la sedación se dispara sobre todo si se tiene en cuenta que la prueba pudo haberse hecho sin sedación con mínima molestia. ¿Justifican esa molestia el coste y el riesgo?

El trabajo publicado por Sáenz-López y cols. (26) en 2006, señalaba la eficacia y seguridad del propofol como agente anestésico principal controlado por el endoscopista. Podía emplearse adicionalmente midazolam y meperidina. Lo que se ponía claramente de relieve en este estudio fue la seguridad que estos fármacos tienen para ser manejados por médicos no anestesiistas, así como la buena tolerancia de los pacientes tanto a la endoscopia alta como baja. Lo que no queda claro al concluir su trabajo es a qué "otros métodos de sedación endoscópica" aluden que se deben promover los estudios prospectivos comparativos con el método por ellos empleado. Nosotros estamos considerando el suyo como patrón de oro en nuestro estudio.

En muchos servicios de endoscopia, habiendo asumido tanto que es impredecible la tolerancia a la prueba como el coste de la sedación innecesaria, se opta por "empezar a pelo y a ver qué pasa". Es decir, se comienza la exploración y se decide sedar o no según sea la tolerancia del paciente. En la breve duración de una gastroscopia electiva, casi nunca da tiempo a replantearse la sedación, sobre todo si el paciente acostado ya sobre la camilla no tiene cogido un acceso venoso. En las colonoscopias, a veces se detiene la exploración y se coge una vía para administrar algún tipo de fármaco sedante o ansiolítico que haga posible proseguir la endoscopia con mejor tolerancia. Seguramente a día de hoy quizás sea esta la actitud más coste-efectiva. En las endoscopias avanzadas, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), ultrasonografía endoscópica alta (USE) y enteroscopia, la sedación en alguna medida de los pacientes debería ser la norma dado que suelen ser exploraciones de duración prolongada.

Cabe esperar que los métodos de sedación no farmacológica, basados más en potenciación de habilidades psíquicas, tengan un grado de eficacia menor al que se consigue por medio de fármacos. Así como nadie se resiste a la anestesia (es cuestión de ir subiendo la dosis en aque-

llos individuos con mayor tolerancia), y a todas las personas se las consigue anestésicar, en el caso de la hipnosis está por ver en este estudio qué porcentaje de pacientes son susceptibles de alcanzar un estado de indiferencia frente al procedimiento endoscópico que lo haga totalmente tolerable. Lo que en principio se presume es que en este grupo el coste económico será menor que en los que reciban anestesia. Y en definitiva, se trataría de saber si la hipnosis clínica puede ser un método rutinario de sedación en endoscopia digestiva no sólo por su eficiencia sino también por su eficacia. Por ello en el análisis de costes no deben dejar de incluirse los registros de tiempo empleado en alcanzar la sedación (mayor con la hipnosis que con fármacos) y en recuperarse de esta (menor con la hipnosis que con fármacos).

Al igual que la aplicación de fármacos anestésicos, la hipnosis clínica también tiene sus peligros y contraindicaciones: de hecho es norma desestimar para hipnosis aquellos sujetos que padecen trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad graves y aquellos que padecen o han padecido crisis epilépticas, pues la inducción hipnótica puede desequilibrar estos procesos. La realización de procedimientos hipnóticos en un servicio hospitalario deberían realizarlo profesionales de la salud que tengan un currículo adecuado no sólo para trabajar con hipnosis, sino que también conozcan cómo contener y controlar las respuestas psíquicas que pueden ocurrir durante una exploración de este tipo, condiciones que concurren en los Psicólogos Clínicos. Pero al igual que no hace falta adquirir todos los conocimientos sobre fármacos vinculados a la especialidad de Anestesiología que tiene un especialista en ella para que el médico no anestesista pueda utilizar algunos de ellos, la enseñanza y dominio de las técnicas hipnóticas no son privativas de los psicólogos,

pudiendo aprenderse por gastroenterólogos o por personal de enfermería. De forma general y fuera de patologías psíquicas, es importante tener en cuenta que la hipnosis clínica puede ser perjudicial cuando los objetivos del clínico no coinciden con el interés del paciente, cuando el clínico no posee una adecuada familiaridad con los procedimientos o cuando la capacidad del paciente para alcanzar niveles suficientes de analgesia con hipnosis es insuficiente.

La intervención con hipnosis clínica es capaz de modificar tanto el componente sensorial del dolor, como el afectivo. Con la aplicación de estas técnicas se ha venido observando que el sujeto sabe que el dolor sigue presente, pero es soportable. Además las molestias no impiden que se siga realizando el procedimiento y hay amnesia posterior, de tal forma que no le preocupa una nueva intervención. Y como durante el procedimiento el paciente en estado de hipnosis sigue consciente, puede expresar momentos de intensidad para evitar complicaciones como la perforación. Al ser parte activa y no pasiva, de ordinario se sienten bien informados, bien tratados y participes en el proceso.

Coincidiendo por tanto con los autores del trabajo de Sáenz-López y cols. (26), nos hemos puesto manos a la obra para desarrollar un estudio prospectivo que evalúe otras técnicas de sedación no farmacológica aplicables para endoscopia digestiva. En concreto, la hipnosis clínica –que nosotros preferimos llamar focalización por disociación selectiva– parece muy prometedora y si se confirmasen los resultados preliminares que estamos obteniendo, sería un objetivo a considerar como tecnología sanitaria emergente sobre la que llevar a cabo un uso tutelado para terminar de establecer su aplicación en el ámbito general de la práctica asistencial.