



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-57 - LA SEDACIÓN CONSCIENTE NO ES APROPIADA PARA COLONOSCOPIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Relea Pérez, K. Villa, B. Conde García, Y. González-Lama, V. Matallana, M. Calvo, M. Vera y L. Abreu García

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Los objetivos terapéuticos en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluyen la remisión profunda y la curación mucosa. Además, el rendimiento diagnóstico y terapéutico de la endoscopia está creciendo, por lo que cada vez se realizan más colonoscopias en pacientes con EII. Una buena experiencia en la colonoscopia es clave para obtener el compromiso del paciente con los objetivos terapéuticos. La endoscopia generalmente se realiza bajo sedación consciente (opioides y benzodiacepinas). Nuestro objetivo fue dilucidar si esta sedación es aceptable para pacientes con EII o si tienen una experiencia peor que el resto de los pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles con pacientes con EII y sin EII sometidos a una endoscopia por el mismo grupo de endoscopistas expertos en 2015 y 2016. Las colonoscopias realizadas por residentes o asistidas por anestesistas fueron excluidas. Los pacientes recibieron sedación con fentanilo y midazolam por vía intravenosa a discreción del endoscopista. Recogimos información sobre datos demográficos, intervenciones quirúrgicas, colonoscopias previas, tratamiento farmacológico, indicación, terapia endoscópica (polipectomía de asa, cromoendoscopia y dilatación) y dosis de fentanilo y midazolam.

Resultados: Analizamos 400 colonoscopias consecutivas, 50% en pacientes con EII. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al sexo, consumo de drogas psicotrópicas, número de cirugías abdominales o la preparación intestinal según la clasificación de Boston. Los pacientes con EII fueron más jóvenes que los pacientes sin EII (edad media 50 vs 60 años; $p < 0,001$) y tenían más probabilidades de someterse a terapia durante la endoscopia (23% vs 13%; $p = 0,008$). Los pacientes con EII recibieron dosis más altas de fentanilo (mediana de 75 μg , IQR 67-100 μg , vs 66 μg , IQR 50-66; $p < 0,001$) y midazolam (5 mg, IQR 5-5 vs 5 mg, IQR 4-5; $p < 0,001$) que los pacientes sin EII. A pesar de esto, los pacientes con EII mostraron peor tolerancia al procedimiento que los pacientes sin EII, de acuerdo con la opinión subjetiva del endoscopista (mala tolerancia 7,5% vs 1,5%; $p = 0,014$). Aquellos pacientes que se habían sometido a una colonoscopia en los últimos 5 años tuvieron también peor tolerancia (mala tolerancia 7% vs 1%; $p = 0,014$). Los pacientes con EII tenían más probabilidades de tener al menos una colonoscopia previa reciente (79% vs 28%; $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes con EII necesitaron dosis más altas de sedación durante la colonoscopia a pesar de lo cual, e incluso en manos expertas, tuvieron peor experiencia. Pacientes más jóvenes, colonoscopias previas recientes y procedimientos más complejos

pueden ser parte de la causa de esta mala experiencia. El uso rutinario de sedación consciente puede no ser apropiada en estos pacientes por lo que se debe considerar la sedación profunda en pacientes con EII.