

# **CONSENSO NACIONAL**

## **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

Sociedad Colombiana de  
Anestesiología y Reanimación  
(SCARE)



Federación Odontológica  
Colombiana (FOC)



Asociación Colombiana de  
Gastroenterología (ACG)



Asociación Colombiana de  
Endoscopia Digestiva (ACED)



Secretaría Distrital de Salud (SDS)



Colegio Colombiano de  
Odontólogos (CCO)



Academia Colombiana de  
Odontología Pediátrica (ACOP)



**Bogotá, DC, Julio 21, 2011**



# **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

## **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

### **INTRODUCCIÓN**

El Comité de Seguridad de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) en conjunto con varias Sociedades Científicas del país, decidieron ofrecerle al sector salud<sup>1</sup> estas guías, esperando que se entiendan como un esfuerzo para darle al paciente la máxima seguridad posible. La poca regulación en esta área es casi universal y se hace necesario corregir este escenario.<sup>1</sup>

. Estas recomendaciones por definición se conciben con la intención de minimizar la morbilidad prevenible, pues se considera que con su adherencia se logre prevenir en casi todas las circunstancias, morbilidades o mortalidades prevenibles, que desafortunadamente siguen ocurriendo episódicamente en el país.

La literatura es consistente en reportar que los eventos adversos en sedación son en su gran mayoría prevenibles, razón por la que la implementación de estas recomendaciones de seguridad son indispensables para evitar estos desenlaces.<sup>2-4</sup>

Con la información de este reporte, es claro que el establecer unas recomendaciones de seguridad para sedación fuera del quirófano, puede ser crucial para evitar desenlaces de enorme morbilidad o muerte.

### **DEFINICIONES SEDACIÓN ANALGESIA**

La clasificación de la ASA (American Society of Anesthesiologists) de los grados de sedación es la siguiente<sup>5</sup>:

---

<sup>1</sup> Gastroenterólogos, radiólogos, odontólogos, médicos generales y demás personal de la salud responsable de realizar procedimientos que requieran sedación-analgésia



## COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

### RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS

	<b>Grado I (ansiolisis)</b>	<b>Grado II (sedación consciente)</b>	<b>Grado III (Sedación profunda / analgesia)</b>	<b>Grado IV (anestesia general)</b>
<b>Respuesta</b>	Respuesta normal a estímulo verbal	Respuesta coordinada a estímulo verbal o táctil	Respuesta coordinada a estímulo táctil repetido o doloroso	No respuesta aun con estímulo doloroso
<b>Vía aérea</b>	No se afecta	No requiere intervención	Puede requerir intervención	Usualmente requiere intervención
<b>Ventilación espontánea</b>	No se afecta	Adecuada	Puede ser inadecuada	Frecuentemente inadecuada
<b>Función cardiovascular</b>	No se afecta	Se mantiene normal	Usualmente se mantiene	Puede afectarse

#### Implicaciones de los niveles de sedación.

Esta clasificación es muy útil para definir de manera clara las competencias indispensables para proporcionar una sedación segura. Es crucial sin embargo entender que estos niveles son parte de un espectro, y el paso de un grado al otro puede ocurrir fácilmente en intervalos muy breves. De esto se deriva que estas recomendaciones consideren este aspecto una realidad impredecible que hace necesario tener precauciones en algún grado, en exceso a lo estrictamente necesario para cada grado en particular, pues aunque ciertas medidas de seguridad sean suficientes para un grado, pueden no serlo para el siguiente, al cual fácilmente se puede progresar por la variabilidad fisiológica y farmacodinámica de los pacientes. Luego es mandatorio verificar PERMANENTEMENTE la capacidad de respuesta verbal o su equivalente de todo paciente.

#### **Grado I: Ansiolisis**

Describe un estado que le permite al paciente tolerar un procedimiento desagradable, mientras mantiene una adecuada función cardiorespiratoria y la capacidad de respuesta ante una orden verbal o estimulación táctil. En este grado, la sedación es



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

mínima y tiene el menor impacto de seguridad sobre el paciente. Este nivel es el que menos requerimientos tiene para lograr seguridad del paciente.

#### **Grado II: Sedación consciente**

El grado II es sedación moderada que se puede lograr con una medicación. En este nivel de sedación como se ve en la tabla anterior, la vía aérea rara vez se compromete, por lo que las competencias de experticia en vía aérea no son indispensables, más que destrezas básicas. Con un entrenamiento básico es posible manejar los problemas de vía aérea que ocasionalmente se presenten.

#### **Grado III: Sedación profunda**

Si solo se obtiene respuesta por medio de un fuerte estímulo doloroso, se considera que el paciente está bajo sedación profunda, en este nivel hay una disminución de los reflejos protectores, incapacidad de mantener la vía aérea y la posibilidad de deterioro hemodinámico.

Este grado se logra habitualmente con la combinación de medicaciones (opioides con un sedante) que demanda experticia en el manejo de vía aérea, pues ésta puede comprometerse gravemente y la no experticia en el manejo de vía aérea puede asociarse a un desenlace letal en breves intervalos de tiempo. Dado que la competencia de manejo de la vía aérea en Colombia no se adquiere virtualmente en ningún entrenamiento diferente al de la especialidad de anestesia, y en mucho menor grado en cuidado intensivo, o en medicina de emergencias <sup>6</sup>. Por esta razón, los médicos de las especialidades que pueden requerir este grado de sedación, como radiología, gastroenterología, y odontología, difícilmente adquieren este tipo de competencias durante su entrenamiento. Así, enfrentar un evento de pérdida u obstrucción de la vía aérea, y/o depresión respiratoria profunda puede traducirse en un desenlace adverso muy serio que es virtualmente prevenible del todo, si se opta ya sea por evitar este nivel de sedación o por obtener apoyo de un anestesiólogo. El Comité Ad-Hoc de Sedación de la SCARE considera que este nivel de sedación debe restringirse a anestesiólogos, pues



## COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

### RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS

para poder hacerla ofreciendo niveles de seguridad adecuados, hay que cumplir unos requisitos que no son viables en la enorme mayoría de escenarios en el país.

Por ello, siendo el anestesiólogo el experto en sedación o sedación y analgesia profunda (sedoanalgesia Grado III) o excepcionalmente las personas con todas las competencias descritas más abajo quienes deben administrar la sedación profunda (grado III).

#### Grado IV: Anestesia general

El grado IV, anestesia general, es de dominio exclusivo de un medico anestesiólogo según la legislación colombiana. Esto se ha relacionado fuertemente desde la promulgación de la Ley 6ta de 1991, con una dramática reducción de los procesos médico legales relacionados con anestesia, lo que sugiere que cuando la anestesia es administrada por un médico especialista en anestesiología hay un impacto profundo sobre la seguridad de los pacientes.<sup>7</sup>

#### CASOS EN QUE SE PUEDE REQUERIR SEDACION

TIPO DE PROCEDIMIENTO	DE	PROCEDIMIENTO	REQUERIMIENTO	ESTRATEGIA DE SEDACION
PROCEDIMIENTO INVASIVO DOLOROSO	NO NO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS : Rx simples TAC Ecocardiografía TT RMN-PET Ecografías Gammagrafías Enemas baritados Estudio de potenciales evocados EEG y EKG ODONTOLOGIA : Operatoria simple Blanqueamientos Diseños de sonrisa	Control del movimiento Ansiólisis	Sedación grado I y/o anestésico local tópico, infiltrativo, etc.



## COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

### RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS

<p><b>PROCEDIMIENTO MINIMAMENTE DOLOROSO Y ALTO NIVEL DE ANSIEDAD</b></p>	<p>Biopsias y/o suturas de tejidos blandos y piel simples ODONTOLOGIA y MAXILOFACIAL: Operatoria compleja Endodoncia Periodoncia quirúrgica Implantes dentales Injertos óseos orales simples Elevación de seno maxilar GASTROENTEROLOGIA : Endoscopia digestiva alta y baja diagnósticas, enteroscopia digestiva superior e inferior ORTOPEDIA: Colocación o retiro de yesos Otros: Venopunciones o punciones arteriales Irrigaciones oculares Extracciones de cuerpo extraño sencillas Punción lumbar Inyección de toxina botulínica, infiltración ácido hialurónico y/o suero rico en plaquetas Aplicación tratamiento laser en rostro para pigmentación, lunares, rejuvenecimiento facial Electromiografías Paso de sonda NG o vesical</p>	<p>Control del movimiento Ansiolisis Analgesia Sedación</p>	<p>Sedación grado I a sedación grado II y/o anestésico local tópico, infiltrativo, etc.</p>
<p><b>PROCEDIMIENTO DOLOROSO Y/O ALTO NIVEL DE ANSIEDAD</b></p>	<p>Biopsias (renal, hepática, prostática, etc.) y/o suturas de tejidos blandos y piel complejas o en el rostro Toracentesis Tubos de tórax Paracentesis Cardioversion</p>	<p>Control del movimiento Ansiolisis Analgesia Amnesia Sedación</p>	<p>Sedación grado I a sedación grado II, y ocasionalmente sedación grado III</p>



## COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

### RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS

	<p>Reducción de hernias</p> <p>Anulación acceso venoso central</p> <p>Reducción de fracturas y/o luxaciones</p> <p>Artrocentesis</p> <p>Remoción de cuerpos extraños complejos</p> <p>Nasofibrolaringoscopias</p> <p>Radiología intervencionista:</p> <p>Cateterismo cardiaco</p> <p>Eco transesofágico</p> <p>Angiografías</p> <p>Cistouretrografías</p> <p>Desbridamiento y curación de quemaduras</p> <p>Drenaje abscesos</p> <p>Aspiraciones de medula ósea</p> <p>Exodoncias múltiples y terceros molares</p> <p>Injertos óseos orales terapéutica</p> <p>Procedimientos endoscópicos terapéuticos como: Endoscopia digestiva alta y baja, CPRE, ultrasonido endoscópico terapéutico dilataciones, colocación o retiro balón intragástrico, cirugía endoscópica superior o colonica, esclerosis varices y úlceras</p> <p>Gastrostomía / yeyunostomía endoscópica percutánea</p> <p>Radiofrecuencia del tracto digestivo</p> <p>Tratamientos laser por dermatología</p> <p>Litotripsia</p> <p>Toma de óvulos en tratamientos de fertilidad</p>		
--	--	--	--

Tabla de procedimientos que pueden requerir sedación en adultos (8-10)



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

#### **QUIEN DEBE ADMINISTRAR LA SEDACION?**

Estas recomendaciones son enérgicas en indicar que la sedación SIEMPRE la debe hacer un médico, odontólogo, enfermera, o auxiliar de enfermería bajo la supervisión del operador responsable, distinta de la que hace el procedimiento. Esta persona DEBE tener las competencias mínimas de:

- 1) Vigilar estos signos vitales del paciente: la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno.
- 2) Debe tener certificación en soporte vital básico si hace sedación grado I o II. Este debe renovarse periódicamente según los estándares vigentes.
- 3) Debe tener curso de formación básica en sedación obtenida en cursos que avalen la Sociedad Científica del área (odontología, gastroenterología, radiología, etc.) en conjunto con la Sociedad Colombiana de Anestesiología hayan definido como idóneos para este menester.
- 4) Esta certificación debe incluir entrenamiento en manejo de crisis / complicaciones.
- 5) Esta certificación debe tener una vigencia de solamente cuatro años y debe renovarse con esta periodicidad.

#### **GUIAS DE MANEJO**

#### **LISTA DE CHEQUEO**

SIEMPRE se debe verificar la Lista de Chequeo SCARE para la sedación (ver anexo 1). Su verificación DEBE quedar consignada en la historia clínica del paciente.<sup>11,12</sup>

#### **EVALUACIÓN DEL PACIENTE.**

Realizar una Historia Clínica, un examen físico completo y los exámenes, son la clave para evitar complicaciones. Merecen una atención especial la evaluación de la vía aérea y la determinación del tiempo de ayuno adecuado (mínimo 6 horas para sólidos o líquidos NO claros, y dos horas para líquidos claros). DEBEN registrarse los hallazgos en la historia.



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

#### **PREPARACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO**

Consentimiento escrito y firmado: el paciente y su familiar o acudiente deben ser informados de los beneficios, riesgos, limitaciones y ser explícito de quien es responsable de la sedación y analgesia, las posibles alternativas existentes y recomendaciones posteriores. Debe considerarse la muerte como una complicación del procedimiento y/o sedación (13). Después de lo anterior, el paciente o su acudiente deben firmar, ratificando así su adecuada información y su consentimiento. Se darán recomendaciones sobre el manejo inmediatamente posterior al procedimiento. Es claro que cuando quien administre la sedación no sea médico / odontólogo, el responsable directamente de los eventos adversos / mórbidos de la sedación es el médico / odontólogo que practica el procedimiento que requiere sedación.

#### **MONITOREO**

Nivel de conciencia: Las respuestas verbales son la guía del nivel de conciencia. Además, sirven para demostrar que el paciente está respirando. Monitorizar la respuesta verbal del paciente debe ser una rutina, excepto en pacientes que no son capaces de responder apropiadamente (ej.: impedidos mentales o pacientes que no colaboran) o durante procedimientos en los cuales el movimiento facial podría alterar los resultados. Todos los pacientes bajo sedación/analgesia deben ser monitorizados permanentemente al menos con un oxímetro de pulso y sus alarmas funcionando adecuadamente y debe medirse la presión arterial intermitentemente.

#### **REGISTRO DE PARAMETRO MONITORIZADOS**

En la Historia Clínica debe quedar consignado un registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares, previo al procedimiento, durante y al final del mismo. Deben registrarse los eventos adversos en la historia (ver anexo 2 de ejemplo de registro de sedación)

#### **PERSONAL NECESARIO**

Se debe asignar a un médico/odontólogo o enfermera, o auxiliar de enfermería bajo la supervisión del operador responsable, **diferente** al profesional que está realizando



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

el procedimiento, la responsabilidad de monitorizar y asistir al paciente. Si quien hace la sedación no es médico/odontólogo, el profesional que realiza el procedimiento debe asumir la responsabilidad médico legal del personal que realice la evaluación pre-procedimiento y/o la sedación.

#### **ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL.**

Quien asuma la responsabilidad del monitoreo y asistencia del paciente debe tener una formación y capacitación que le permita a él o al asistente (:

Conocer la farmacología de los medicamentos utilizados, sus efectos colaterales y complicaciones.

Tener conocimiento del manejo de la vía aérea.

Proporcionar soporte vital básico (sedación grado I y II)

Certificarse en soporte vital básico y además tener un certificado de un curso que tenga el currículo que la SCARE en conjunto con la Sociedad Científica de su área (gastroenterología, radiología, endoscopia, odontología, etc.) diseñen y consideren necesario.

Siempre debe existir una estrategia definida para enfrentar los casos donde hay complicaciones con la sedación. Las complicaciones en sedación son casi siempre prevenibles, mientras se sigan las recomendaciones simples aquí presentadas.

#### **LOCACION Y EQUIPOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA SEDACION <sup>13</sup>**

El sitio donde se realiza la sedación debe tener estas características:

- 1) Debe haber espacio para realizar una reanimación cardiopulmonar
- 2) Debe haber iluminación adecuada
- 3) Debe disponer de una mesa / silla que permita posición horizontal.
- 4) Debe haber disponibilidad de succión, con cánulas de múltiples tamaños



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

5) Disponibilidad de una fuente de oxígeno y cánulas / máscaras para respiración espontánea

Bolsa de Reanimación (Tipo AMBÚ) con bolsa de re inhalación

6) Oxímetro de pulso, con o sin curva pletismográfica

a. Las alarmas NUNCA pueden ser suspendidas.

7) Medicamentos de reanimación cardiopulmonar:

a. Adrenalina

b. Atropina

c. Amiodarona o Lidocaína sin epinefrina

d. Líquidos intravenosos

e. Flumazenil (se omite si no se usan benzodiazepinas)

f. Naloxona (se omite si no se usan opioides)

g. Bala portátil de oxígeno o suministro portátil de oxígeno

h. Inhalador broncodilatador tipo salbutamol, ipratropio

i. Hidrocortisona

8) Tensiómetro manual o automático

9) Cánulas oro y naso faríngeas, es altamente deseable máscaras laríngeas (ideal) o laringoscopio y tubos endotraqueales.

10) Debe haber disponibilidad de desfibrilador (no se requiere en sedaciones con óxido nitroso)

11) Debe disponerse de una estrategia explícita para solicitar asistencia adicional de emergencia

12) Debe cumplirse con las regulaciones vigentes de habilitación

### **MEDICACIONES RECOMENDADAS**

La combinación de sedantes y/o opiáceos puede incrementar la presentación de complicaciones, incluyendo depresión respiratoria, hipoxemia y paro cardíaco. El



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

midazolam y el propofol como medicación única, han demostrado seguridad empleado por no anestesiólogos, siempre y cuando el personal tenga el entrenamiento certificado periódico y se dispongan de los elementos de vigilancia indicados.

#### **SEDACION GRADO I**

Se recomiendan: midazolam, óxido nitroso o propofol. <sup>14</sup>

#### **SEDACION GRADO II**

Se recomienda midazolam o propofol. Nuevamente se enfatiza que su seguridad se logra únicamente cuando el personal se entrena y recertifica periódicamente, de lo contrario se puede asociar a desenlaces graves, incluso fatales que pueden ser prevenibles. En países como los EUA, algunas autoridades restringen el uso del propofol por no anestesiólogos, si un médico entrenado no lo administra.

Por la capacidad de producir hasta anestesia general el propofol puede ser usado en sedación por no anestesiólogos, exclusivamente cuando haya certificación de entrenamiento periódico de su uso y se evite llegar a sedación profunda y anestesia. De lo contrario se puede asociar a desenlaces adversos graves, que son en su mayoría prevenibles. <sup>15-20</sup>

Inclusive, aún con manejo por anestesiólogo, el propofol puede relacionarse con desenlaces adversos graves. <sup>4</sup>



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

#### **SEDACION GRADO III**

La realización de sedación profunda III (cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos) solamente se puede realizar si se cumplen los siguientes requisitos:

- 1) Persona presente con ACLS vigente (este certificado dura 2 años)
- 2) Entrenamiento monitoria EKG
- 3) Entrenamiento métodos avanzado vías aérea
- 4) Curso avanzado de sedación aprobado y refrendado cada cuatro años
- 5) Capacidad de lectura/interpretación electrocardiográfica
- 6) Equipo de monitoria que incluye, SpO<sub>2</sub>, PANI, EKG, y en algunos procedimientos EtCO<sub>2</sub> (como lo indican guías de sedación en EUA.)
- 7) Experiencia supervisada al iniciar a hacer sedaciones.

Si estos requisitos no se cumplen, NO se puede realizar este nivel de sedación pues se incurre en un significativo riesgo de complicaciones prevenibles."

#### **ACCESO VENOSO.**

Siempre se debe tener acceso venoso permeable cuando se hace sedación intravenosa, el cual debe conservarse hasta cuando no exista riesgo de una depresión cardiorespiratoria. En caso de sedación con óxido nitroso puede obviarse en los casos donde el paciente carezca de antecedentes médicos relevantes.

#### **RECUPERACION**

Después de una sedación/analgesia, los pacientes deben ser vigilados por enfermera, o auxiliar de enfermería bajo la supervisión del operador responsable hasta que deje de existir riesgo de depresión cardiorespiratoria o alteraciones hemodinámicas. Debe haber oximetría de pulso permanente con alarmas habilitadas hasta el alta. Este



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

momento se logra cuando el paciente recupera su estado basal. Deben darse las recomendaciones de egreso. Todo paciente debe estar acompañado al alta.

#### **SITUACIONES ESPECIALES.**

Cierta clase de pacientes (ej. Pacientes que no colaboran, edades extremas, enfermedades cardíacas severas, enfermedades pulmonares, hepáticas, renales, del sistema nervioso central, obesidad mórbida, apnea del sueño, embarazo y abuso de alcohol o drogas) tienen un elevado riesgo para desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia, a menos que se tomen precauciones especiales. En este tipo de pacientes la sedación debe ser manejada por un anestesiólogo para minimizar el riesgo de morbilidad prevenible. El anestesiólogo decidirá si se requieren intervenciones adicionales previas para indagar los riesgos específicos que existen en ellos y tener en cuenta las observaciones sobre su manejo.

Así mismo la complejidad del procedimiento puede indicar sedaciones más complejas y/o prolongadas que pueden requerir de la asistencia de un anestesiólogo.

#### **ACTUALIZACION**

Estas recomendaciones son dinámicas, y deben revisarse periódicamente.



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

#### **AUTORES**

Pedro Ibarra (Anestesiólogo Coordinador Comité Seguridad SCARE)

Manuel Galindo (Anestesiólogo Comité Seguridad SCARE)

Alberto Molano (Anestesiólogo SEDARTE Ltda.)

Claudia Niño (Anestesiólogo Comité Seguridad SCARE)

Adriana Rubiano (Anestesiólogo Sedación Ambulatoria SAS)

Piedad Echeverry (Coordinadora Comité Anestesia Pediátrica SCARE)

Jorge Rincón (Cirujano Maxilofacial, Federación Odontológica Colombiana)

Albis Hani (Gastroenteróloga, Presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología)

Fabio Gil (Gastroenterólogo, Presidente Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva - ACED)

Luis Sabbagh (Gastroenterólogo expresidente ACED)

Jaime Donado (Presidente Federación Odontológica Colombiana)

Isabel Artunduaga (Secretaría Distrital de Salud)

Rocío Carbonell (Secretaría Distrital de Salud)

Fernando Vieira (Anestesiólogo MESEDA)

Carlos Gaidos (Presidente Colegio Colombiano de Odontólogos)

Ana María Orozco (Anestesiólogo MESEDA)

José Trigos (Abogado Comité Sedación Federación Odontológica Colombiana)

Carolina Ruiz (Odontopediatra Presidente Academia Colombiana de Odontología Pediátrica)

Ricardo Barona (Abogado, SCARE)

Rafael Sarmiento (Anestesiólogo Sociedad Cundinamarquesa Anestesiología)

Martha Fonseca (Secretaría Distrital de Salud)

Juan Polanía (Secretaría Distrital de Salud)



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIOLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

Este documento se desarrolló en presentaciones públicas durante los meses de octubre del 2010 hasta julio del 2011. Avalado por la Junta Directiva de SCARE, y presentado en versión previa en el Foro acerca del Consenso de sedación por no anestesiólogos, realizado en el marco del XXIX Congreso Colombiano de Anestesiología el 22 de marzo, 2011.

Avalado por: la Asociación Colombiana de Gastroenterología, la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva, Colegio Colombiano de Odontólogos, Asociación Colombiana de Radiología, Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial, Federación Odontológica Colombiana, Academia Colombiana de Odontología Pediátrica en su presentación final el 21 de julio del 2011 en las instalaciones de la Secretaría Distrital de Salud del Distrito Capital.

### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los Drs. Molano, Rubiano, y Vieira/Orozco son gerentes/anestesiólogos de las empresas de sedación SEDARTE Ltda., Sedación Ambulatoria SAS, y MESEDA respectivamente.

### **REFERENCIAS**

1. Landro L: Taming the 'Wild West' of Outpatient Surgery - Doctors' Offices, Wall Street Journal. Washington, 2010
2. Bhananker SM, Posner KL, Cheney FW, Caplan RA, Lee LA, Domino KB: Injury and liability associated with monitored anesthesia care: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2006; 104: 228-34
3. Metzner J, Domino KB: Risks of anesthesia or sedation outside the operating room: the role of the anesthesia care provider. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010; 23: 523-31
4. Metzner J, Posner KL, Domino KB: The risk and safety of anesthesia at remote locations: the US closed claims analysis. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009; 22: 502-8
5. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology* 2002; 96: 1004-17



## **COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE**

### **RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN Y ANALGESIA POR MÉDICOS NO ANESTESIÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE PACIENTES MAYORES A 12 AÑOS**

6. Sagarin MJ, Barton ED, Chng YM, Walls RM: Airway management by US and Canadian emergency medicine residents: a multicenter analysis of more than 6,000 endotracheal intubation attempts. *Ann Emerg Med* 2005; 46: 328-36
7. Galindo Arias M: Morbimortalidad por anestesia en Colombia. *Rev Col Anest* 2003; 31: 53-61
8. Ahmad S: Office based--is my anesthetic care any different? Assessment and management. *Anesthesiol Clin* 2010; 28: 369-84
9. Goulson DT, Fragneto RY: Anesthesia for gastrointestinal endoscopic procedures. *Anesthesiol Clin* 2009; 27: 71-85
10. Pino RM: The nature of anesthesia and procedural sedation outside of the operating room. *Curr Opin Anaesthesiol* 2007; 20: 347-51
11. Safe Surgery Saves Lives: WHO Surgical Safety Checklist. Edited by (WHO) WHO, 2009
12. Arriaga A, Urman R, Shapiro FE: Safety Checklist for Office-Based Surgery. Edited by (ISOBS) IfSiO-BS, Institute for Safety in Office-Based Surgery (ISOBS), 2010
13. ANZCA with other Societies and Colleges: Guidelines on Sedation and/or Analgesia for Diagnostic and Interventional Medical, Dental or Surgical Procedures, Review Professional Statement 9, 2010. Australia, Australia and New Zeland College of Anaesthetists, 2010
14. American Dental Association: Guidelines for the Use of Sedation and General Anesthesia by Dentists. Edited by Association AD. Chicago, 2007
15. Singh H, Poluha W, Cheung M, Choptain N, Baron KI, Taback SP: Propofol for sedation during colonoscopy. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD006268
16. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E, Imperiale TF, Walker JA, Sandhu K, Clarke AC, Hillman LC, Horiuchi A, Cohen LB, Heuss LT, Peter S, Beglinger C, Sinnott JA, Welton T, Rofail M, Subei I, Slevan R, Jordan P, Goff J, Gerstenberger PD, Munnings H, Tagle M, Sipe BW, Wehrmann T, Di Palma JA, Occhipinti KE, Barbi E, Riphaut A, Amann ST, Tohda G, McClellan T, Thueson C, Morse J, Meah N: Endoscopist-directed administration of propofol: a worldwide safety experience. *Gastroenterology* 2009; 137: 1229-37; quiz 1518-9
17. Thompson AM, Wright DJ, Murray W, Ritchie GL, Burton HD, Stonebridge PA: Analysis of 153 deaths after upper gastrointestinal endoscopy: room for improvement? *Surg Endosc* 2004; 18: 22-5
18. Vargo JJ, Cohen LB, Rex DK, Kwo PY: Position statement: nonanesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2009; 70: 1053-9
19. Center for Medicaid and State Operations/Survey and Certification Group: Revised Hospital Anesthesia Services Interpretive Guidelines – State Operations Manual (SOM) Appendix A. Edited by Services DoHH. Baltimore, 2010, pp 17
20. Woodcock J: FDA Denial Letter to ACG Petition on Propofol – August 11, 2010. Edited by Food and Drug Administration (FDA or Agency) Center for Drug Evaluation and Research, 2010