

INTRODUÇÃO

A endoscopia gastrointestinal representa um papel fulcral no diagnóstico e tratamento das doenças do foro digestivo. É indispensável que seja realizada com a máxima comodidade e com segurança para o doente e que a observação possa ser completa e fiável.

A maioria dos actos endoscópicos pode ser efectuada sem medidas farmacológicas concomitantes. No entanto, algumas vezes a observação endoscópica é mal tolerada, alguns procedimentos são dolorosos e por vezes é necessária a sua repetição a curto ou médio prazo.

Tem sido demonstrado que a utilização de sedativos e analgésicos pela equipa endoscópica, é um procedimento seguro. Complicações significativas podem ocorrer como resultado da técnica endoscópica (hemorragia, perfuração, infecção) ou por falência orgânica associada, ou não, a medidas farmacológicas utilizadas no decurso da endoscopia, com uma frequência de 0,1% na endoscopia alta e 0,2% na colonoscopia. As complicações cardiopulmonares podem representar cerca de 50% das complicações referidas, sendo a maioria devidas a aspiração, hipersedação, hipoventilação, episódios vasovagais e obstrução das vias aéreas.

Os endoscopistas e os seus assistentes são cada vez mais chamados a intervir em actos de complexidade crescente, que a evolução da vertente terapêutica vem exigindo (CPRE e terapêutica endoscópica das vias biliares e pâncreas, terapêutica de urgência e terapêutica endoscópica em geral), frequentemente efectuados em doentes idosos ou com patologias concomitantes significativas.

Nestes casos, o nível das complicações é mais elevado do que o supracitado e o acto de proporcionar uma sedação efectiva e segura, quase representam um desafio da mesma magnitude do próprio procedimento técnico.

Actualmente, o campo de actuação do endoscopista, pela sua amplitude, obriga a repensar a atitude mais adequada sobre as medidas de sedação e monitorização dos doentes submetidos a procedimentos endoscópicos digestivos.

Na abordagem deste problema, resulta difícil produzir recomendações universais, pela diversidade das técnicas existentes, pela impossibilidade de avaliar o custo-benefício e pelas diferentes condições sócio-culturais das populações envolvidas.

Parece-nos, contudo, útil proceder primeiro à revisão de alguns conceitos sobre os tipos ou níveis de sedação/analgesia.

DEFINIÇÕES

Sedação: estado de depressão da consciência medicamente controlado. A sedação é normalmente conseguida com o uso de benzodiazepinas (diazepam, midazolam). O midazolam tem um início de acção e uma eliminação mais rápida do que as outras benzodiazepinas, para além de permitir uma melhor amnésia anterógrada.

A sedação pode ser graduada em 4 níveis: 1 – ligeira (doente acordado e calmo); 2 – média (doente sonolento e facilmente despertado); 3 – profunda (doente adormecido, com resposta a estímulos); 4 – narcose (estado de anestesia).

Grau 1, 2 e 3 – consciente: os doentes mantêm os seus reflexos de protecção, permitindo a manutenção de respiração espontânea, independente e continuamente, com resposta adequada a estimulação ou comandos verbais simples.

Este tipo de sedação permite a manutenção da estabilidade dos sinais vitais, pode proporcionar analgesia, ou provocar amnésia do procedimento, não necessita de grande tempo de recuperação em sala de recobro, sendo baixo o risco de complicações. Será um tipo de procedimento aceitável para doentes colaboradores.

Grau 3 – não consciente: os doentes estarão inconscientes, com perda mais ou menos significativa dos seus reflexos de protecção, podendo ocorrer obstrução das vias aéreas com hipoxia/hipercapnia, hipotensão ou hipertensão, bradicardia ou taquicardia, a dor é eliminada centralmente e existe sempre amnésia do procedimento. O risco de complicações é, previsivelmente mais elevado, do que nos grupos anteriores. Será a única forma de sedação para doentes não colaboradores ou com deficiência mental.

Analgesia: redução da dor ou da percepção de estímulos nociceptivos farmacologicamente induzidas, normalmente com opiáceos (petidina, fentanyl, pentazidina). A petidina deve ser utilizada com extrema precaução, dado os seus efeitos cardiodepressivos e histaminolibertadores. O fentanyl tem uma acção rápida e breve e é o mais indicado para endoscopia digestiva. Na CPRE é no entanto, mais indicado a pentazocina por menor indução de espasmo do esfíncter de Oddi. Em doses baixas não provocam alterações do estado de consciência; em doses mais elevadas induzem sedação e eventualmente depressão respiratória, podendo-se atingir estádios de consciência semelhantes ao da anestesia geral.

A associação de opiáceos a benzodiazepinas condiciona, normalmente potenciação de efeitos ou mesmo, efeitos sinérgicos, melhorando a tolerância do exame mas causando mais hipoxémia e depressão respiratória do que qualquer dos fármacos usados isoladamente.

5 Analgesia e Sedação em Endoscopia Digestiva

RECOMENDAÇÕES



Vigilância: aqui entendida no sentido lato do termo, englobando três vertentes:

- a) a avaliação do doente antes da endoscopia, tentando estratificar o risco de complicações cardiorespiratórias. Deve ser registada a idade do doente, as condições médicas pré-existentes, nomeadamente as doenças cardio-pulmonares, renais, hepáticas e hematológicas, a existência de obesidade, a medicação actual e eventuais alergias a fármacos.
- b) a avaliação clínica e electromagnética do doente (oximetria digital, monitorização do pulso, da tensão arterial e electrocardiográfica) durante o procedimento, identificando precocemente, qualquer sinal de complicações antes de estarem comprometidas as funções vitais.
- c) a avaliação pós-procedimento, até à estabilização dos sinais vitais e à recuperação da orientação tempororo-espacial e da coordenação motora do doente.

RECOMENDAÇÕES

1 – A experiência em Portugal evidencia que a endoscopia digestiva alta de rotina é bem tolerada.

- a) Será desejável o recurso a sedação ligeira/moderada por via endovenosa para alguns dos doentes que necessitem de exames repetidos, em doentes com grande ansiedade ou em todos que solicitem esta técnica.
O uso das benzodiazepinas provoca um certo relaxamento e, por vezes, uma resposta amnésica, permitindo uma maior cooperação do doente. Não existe indicação para a utilização de opiáceos.
Esta sedação poderá ser da responsabilidade do médico endoscopista.
- b) Como nem sempre o limite entre a sedação ligeira/moderada e a profunda é facilmente previsível, é obrigatória a monitorização clínica durante o exame pelo assistente do endoscopista, e desejável a monitorização electromagnética, particularmente com oxímetro digital. O uso de monitorização automática (pulso, T.A., saturação de oxigénio e ECG contínuo) é importante, reduzindo algum trabalho manual e mantendo uma boa qualidade de vigilância mesmo quando as salas são obscurecidas. No entanto, não substitui uma cuidada vigilância clínica. Deve haver possibilidade de administração de oxigénio, facilidades para reanimação respiratória e experiência da equipa endoscópica para estes procedimentos.

c) Deve existir área de recobro, com facilidades para administração de oxigénio.

A utilização de antagonistas das benzodiazepinas (flumazenil) poderá ser útil para diminuir o tempo de permanência do doente na área de recobro, e não para a substituir. A alta da unidade deve ser sempre dada por um membro da equipa endoscópica e o doente deve regressar, ao seu domicílio ou ao trabalho, acompanhado. Deve ser aconselhado a não conduzir ou manobrar máquinas de precisão. O doente deve receber instruções escritas sobre possíveis complicações e um número de telefone, para que possa ligar, a qualquer hora, numa situação de emergência.

- d) Na ausência deste pressupostos não recomendamos o recurso da sedação.
- e) Nos doentes com patologia associada grave e nos doentes idosos ou obesos, sugere-se que a sedação seja efectuada sempre pelos médicos anestesistas, sendo a monitorização electromagnética obrigatória.

2 – Na endoscopia de urgência é recomendável o uso de sedação.

- a) Em crianças deverá ser efectuada por médicos anestesistas.
- b) Nos doentes com alteração do estado de consciência e hemorragia digestiva alta grave o uso de sedação deve ser acompanhado de entubação traqueal e efectuado por médicos anestesistas.
- c) Na ausência das situações anteriores, recomenda-se o articulado no ponto 1.

3 – Endoscopia digestiva baixa

- a) Na fibrossigmoidoscopia é raramente necessário fazer medicação concomitante. Está apenas indicada em doentes com grande ansiedade, doença anal dolorosa e em crianças.
- b) Na colonoscopia total o desconforto proporcionado ao doente justifica o uso, com frequência, de sedação ou analgesia.
- d) O uso de antagonistas dos opiáceos (naloxona) não é recomendado por rotina, devido ao frequente aparecimento de efeitos secundários.

4 – Indicações particulares:

- a) Na C.P.R.E. (Colangio-Pancreatografia Retrógrada Endoscópica) diagnóstica e terapêutica, dada a longa duração do exame e o potencial desconforto causado, é recomendável em todos os casos uma sedação grau 3 ou 4 e/ou sem analgesia.
- b) Em alguns casos de colonoscopia total com ou sem terapêutica, sobretudo em doentes que exijam exames repetidos, ou com explorações anteriores difíceis ou incompletas, e no tratamento endoscópico do esófago (dilatação, próteses...) é, igualmente, recomendável uma sedação/analgesia mais profunda.
- c) A sedação profunda (grau 3 e 4), a associação de drogas analgésicas e sedativas e as técnicas de anestesia geral deverão ser sempre efectuadas por médicos anestesistas, sendo da sua responsabilidade a vigilância dos doentes. A anestesia geral está raramente indicada, ficando apenas, reservada a circunstâncias especiais – crianças, algumas situações de emergência e em alguns doentes pertencentes aos grupos de risco anteriormente definidos.

4 – Recomendações finais:

- a) A escolha da técnica de sedação/analgesia depende dos conhecimentos de farmacologia dos produtos utilizados, devendo estar adaptada à situação clínica do doente e ao tipo de exame realizado.
- b) A equipa endoscópica só deve efectuar a sedação ou analgesia ligeira ou moderada em doentes sem os critérios de risco anteriormente definidos.
- c) A dose única permite facilidade de administração e rapidez de acção, mas tem o inconveniente de se poder provocar subdosagem ou sobredosagem, neste último caso acarretando uma sedação demasiado profunda e prolongada. Em alternativa e com vantagem pode administrar-se uma dose inicial, seguida de pequenas doses, sempre que necessário. Está demonstrado que este segundo método é mais seguro e permite usar uma menor dosagem dos fármacos necessária à obtenção de um nível de sedação desejável.
- d) Em todas as situações, os diferentes níveis de sedação e de analgesia dependem da idade, da medicação prévia, da patologia associada e do nível de ansiedade que o doente apresenta.
Deve ser sempre utilizada a dose mínima eficaz.