



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia General
Teléfonos: 2539-0000 Ext 8254

COADYUVANCIA AL RECURSO DE REVISIÓN CONTRA ACUERDO DE 09 AGOSTO 2019 TOMADO EN ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA POR EL QUE SE APROBO PERFIL PROFESIONAL MEDICO ESPECIALISTAS EN GASTROENTEROLOGÍA INTERPUESTO POR OMAR ADOLFO ALFARO MURILLO, MÉDICO Y REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN DE ESPECIALISTAS EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE COSTA RICA

Señores(as)
Asamblea General Extraordinaria
Junta de Gobierno y Junta Directiva
Fiscalía
COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA

El suscrito, **ROBERTO CERVANTES BARRANTES**, médico cirujano, divorciado una vez, cédula número uno-quinientos veinte-trescientos cuarenta y cinco, vecino de Brasil de Mora, en mi calidad de GERENTE GENERAL DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, cédula de persona jurídica número cuatro- cero cero cero- cero cuarenta y dos mil ciento cuarenta y siete, con facultades de APODERADO GENERALÍSIMO SIN LIMITACIÓN DE SUMA, de la Sección de Personas del Registro Público, bajo el Tomo: dos mil diecinueve, Asiento: noventa y cuatro mil ciento seis, consecutivo: uno, secuencia uno, vista la resolución de esa Sala, de las 10.20 horas del 22 de febrero de 2019, presento **COADYUVANCIA** contra el acuerdo tomado en la Asamblea General Extraordinaria del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, específicamente la de acoger la propuesta presentada por el Dr. Luis Carlos Pastor Pacheco Código Profesional MED1793, correspondiente al Perfil del Médico Especialista en Gastroenterología, para reformar el artículo 15, inciso h) de la siguiente manera:

"Artículo 15: Funciones asistenciales del médico especialista en gastroenterología:

h. Aplicar sus conocimientos en fisiología, fisiopatología y farmacología en su práctica clínica; así mismo, conocer los fundamentos de epidemiología clínica, prescripción adecuada de medicamentos, con excepción de agentes anestésicos de uso intravenoso e inhalatorio; y medicina basada en la evidencia para el en foque del diagnóstico y tratamiento."

Asimismo, contra la reforma del artículo al artículo 37, de la siguiente manera:



"Artículo 37.-*El médico especialista en gastroenterología cuenta con capacitación y destrezas en el manejo de equipo e instrumentos utilizados en la realización de su trabajo. Dentro de este ámbito el médico especialista en gastroenterología deberá dominar las destrezas diagnósticas, terapéuticas y procedimentales descritas a continuación: o. Contar con la capacidad de realizar los siguientes procedimientos requeridos en la práctica profesional: "xxix. Premeditación y medicación con excepción de agentes anestésicos de uso intravenoso e inhalatorio"*

Como antecedentes a la propuesta se tuvo, entre otros, los siguientes comentarios para discusión de los asambleístas dentro de los quince (15) minutos dispuestos para un tema de relevancia nacional:

"Dr. Leonardo Chacón, código 10264: *siento que aquí debería haber algún gastroenterólogo opinando por esto, pero no sucede, voy a opinar desde mi perspectiva que es de cuidados intensivos, en el último número de acta médica, se publicó un artículo por gastroenterólogos acerca de sedación durante procedimientos con rango de seguridad, entonces, yo no voy a iniciar un conflicto que no me compete, pero si vamos a hablar de medicina basada en evidencia del perfil, debemos contemplar si la evidencia es gremial o es evidencia objetiva, porque hay bastante evidencia acerca de médicos no anestesiólogos ofreciendo sedación en algunos escenarios clínicos particulares, que como digo, yo no soy gastroenterólogo no voy a defender una práctica que no me compete, pero en mi practica si utilizo agentes anestésicos con seguridad y conocimiento y si me molestaría que alguien me venga a decir que con evidencia yo no puedo usar medicamentos que uso a diario, entonces digamos que es para hacer un contraste, pero desgraciadamente nadie de gastroenterología vino, pero que es una opinión se tiene que tener en mente, porque a diario usamos propofol, ketamina paralizantes y otras cosa en escenario hospitalario que no hay anestesiólogo presente, pero yo no podría decir que yo no sé lo que estoy haciendo, entonces si la misma revista del colegio recibe publicaciones de gastroenterólogos sedando pacientes, entonces, el Comité de Ética de esa revista está anuente o por lo menos conoce de esta práctica en el país, mucho ojo con lo que se va a poner en este perfil, porque si no la siguiente asamblea va a ser todos los gastroenterólogos de Costa Rica Aquí metidos haciendo lo contrario, porque desgraciadamente nadie vino el día de hoy, como para tener eso en mente porque ustedes saben lo que va a pasar."*

"Dr. Luis Carlos Pastor Pacheco Cód. ME01793: *les pido por favor que caigamos en el tema primero hay aspectos que no corresponden en este momento, quiero que la reforma de! artículo*



15, tenemos que dejarla claro, redactarlo adecuadamente, una sugerencia es la de la doctora, que queda muy claro que hay anestésicos que no están incluidos en ese rango, redactémoslo adecuadamente, ¿hay gastroenterólogos aquí? Eso nos pasa con frecuencia porque la verdad, hemos ido aprobando perfiles sin la presencia de ni un solo especialista y lo siento mucho, las cosas son claras, si usted no se preocupa por lo suyo, no se preocupa nadie, no voy a limitar una actividad porque la gente simplemente no se preocupa de lo que se está aprobando de su especialidad, entonces, doctora por favor ayúdeme a redactar esa reforma a ese artículo y lo hacemos y lo votamos.”

“Dra. Sindy Vargas, código 8916: en los cursos de capacitación de la AJA, ATLS, se le indica al médico que para hacer un manejo avanzado de la vía aérea, en trauma verdad cuando tenemos al paciente que se nos va a morir, lo principal es el manejo de la vía aérea, y nosotros en el paciente les explicamos a los médicos generales, a los de emergencia, a todos los colegas que llegan que primero tenemos que sedar y después relajar y en la seguridad social lo único que tenemos es midasolan y se usa intravenosamente y la otra opción como neorelajantes es el succinilcolina, si hablamos de no utilizar medicamentos intravenosos en este perfil, que pasa si a un gastroenterólogo le toca atender un paro cardiaco, no sé cómo quedaría desde el punto de vista legal, porque el gastroenterólogo sigue siendo médico, entonces el gastroenterólogo dice, como en mi perfil no puedo usar anestésico intravenosos, como va a usar el midasolan.”

Como parte de dicha discusión se genera el resultado 89 votos a favor, 1 en contra y 20 abstenciones, para la aprobación del Perfil del Médico Especialista en Gastroenterología.

Otro antecedente¹ para la regulación de los perfiles profesionales de los médicos, era el informe especial de la Defensoría de los Habitantes que se emite en febrero del año dos mil quince referente a la situación de los **procedimientos estéticos y reconstructivos**, siendo entonces que la Defensoría en el segundo semestre del año dos mil dieciocho, convoca a representantes del Ministerio de Salud, del Colegio de Médicos y de la Asociación de Anestesiólogos, para conformar un grupo de trabajo a partir del mes de noviembre del mismo año, con el objeto de coordinar acciones interinstitucionales **para regular y vigilar la actividad médica de los procedimientos estéticos y reconstructivos**, incluyendo otros establecimientos estéticos como **Spa y salones de belleza**, que realizan algunos de estos procedimientos, razón por la cual, se inicia un proceso de regulación y consulta pública de un Reglamento para la Aplicación de Procedimientos Estéticos y Cosmetológicos Invasivos.

¹ Oficina de Prensa. Defensoría de los Habitantes. Lunes 04 de Marzo de 2019.



Para el veintiuno de febrero del dos mil diecinueve se aprueba el Reglamento del Colegio de Médicos, publicado en el Alcance No. 41 de La Gaceta, para regular el **PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA.**

Asimismo, se preparó por parte del Ministerio de Salud un decreto para instaurar la obligación de los Colegios de las Profesiones de las Ciencias de la Salud, según el artículo 40 de la Ley General de Salud, de crear perfiles profesionales.

Siendo que el **Ministerio de Salud inicia gestiones para regular el uso del PROPOFOL**, que es un anestésico que debe ser de uso restringido con el apoyo de la Asociación de Anestesiólogos como apoyo técnico en la materia.

Ahora bien, en la Caja Costarricense de Seguro Social se cuenta con un Comité Asesor, conformado por médicos especialistas y farmacéuticos, con amplia experiencia en la práctica clínica, que se encarga del suministro de medicamentos y la farmacovigilancia como parte del proceso científico – técnico para atender los problemas de salud que aquejan a la población usuaria, y se cuenta con una Política de Medicamentos, que constituyen las actividades que conducen a solventar una necesidad de la población en asuntos de medicamentos y que responden a una situación de país, puede explicar que la Selección de Medicamentos conforma un componente primordial en dicha Política en concordancia con un razonamiento científico que aplica criterios técnicos sanitarios, epidemiológicos, farmacológicos y terapéuticos (clínicos), consistente en un proceso continuo multidisciplinario y participativo con clínicos prescriptores, por el que se pretende asegurar la disponibilidad de los medicamentos que se requieren en el Sistema Institucional – Nacional de Salud.

Con la Selección de Medicamentos se elabora la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) que estará disponible en los niveles de atención en salud, es decir, que dicha selección se fundamenta y apoya en los medicamentos esenciales escogidos dependerán de las necesidades de salud o morbilidad a tratar, así como de la estructura y grado de desarrollo de los servicios de salud que se presten en el país. (OMS, 1992).

En ese sentido, es que en la sesión 2018-28 celebrada el 08 de agosto del 2018 se conoce el oficio No. AMACR 031-07-2018 de la Asociación de Médicos Anestesiólogos, respecto al uso del Propofol, en lo que interesa señala: "...Es pertinente recordar que el CCF autorizó el uso del propofol 1% para los Gastroenterólogos en las Unidades de Endoscopia en concordancia con el paradigma de Medicina Basada en la Evidencia y para garantizar el derecho constitucional al cuidado de la salud de la población, máxime que existe una situación crítica por la falta de especialistas en anestesiología, la cual ha conllevado a que las listas de espera para procedimientos endoscópicos sean cada vez más largas. Por otra parte, la autorización del uso de propofol 1% se



dio en un contexto de uso hospitalario, bajo condiciones muy específicas donde se cuenta con todo el recurso humano y la infraestructura para la atención de una emergencia derivada del uso del medicamento.

En la sesión No. 2017-46 celebrada el 31 de octubre del 2017 se recibió a representantes del Servicio de Gastroenterología y el Comité Local de Farmacoterapia del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, que presentaron los resultados obtenidos de mayo a noviembre de 2017 con el uso de propofol para procedimientos endoscópicos, lográndose una disminución en la lista de espera que pasó de 12 meses a 1 mes y 15 días, además no se presentaron complicaciones en el uso del propofol. Esto demuestra que la ampliación en la prescripción de propofol para especialistas en gastroenterología en procedimientos endoscópicos que cuenta con toda la infraestructura, equipos y recursos humanos para garantizar el uso seguro de este agente sedante, **ha sido una decisión atinada y exitosa por parte del Comité Central de Farmacoterapia**, el cual además, **ha mejorado los tiempos en la realización de procedimientos endoscópicos y le ha dado la oportunidad a los usuarios de resolver sus problemas en forma rápida y segura.** – El resaltado no corresponde al texto original –.

Asimismo, en el Acuerdo del Comité de Farmacoterapia contenido en el artículo 31 titulado "Situación del medicamento propofol 1% en la CCSS", de la sesión No. 2018-39 del 31 de octubre de 2018, que atiende el oficio No. AMACR*068.09.2018 del 27 de setiembre de 2018 de la Asociación de Médicos Anestesiólogos, en lo que interesa a la presente coadyuvancia señala: "... Es por ello que la institución basada en estudios clínicos, revisiones sistemáticas, experiencia en otros países, posibilidades de recursos, riesgo, eficacia, seguridad, eficiencia tomó el acuerdo de autorizar el uso de propofol a los especialistas en gastroenterología, bajo los siguientes lineamientos:

18-4485 | Propofol 1% (10 mg/mL). Emulsión inyectable. Frasco ampolla o jeringa prellenada o ampolla con 20 mL

Actualizado al: 03-07-2018 | Almacenable

Grupo: Anestésicos generales

Usuario: 2B | Clave: HRE

Sección:

Restricción:

Uso exclusivo Anestesiología, manejo con protocolo autorizado por el Comité Central de Farmacoterapia, para Cirugía Ambulatoria, pacientes asmáticos y pacientes epilépticos, Servicios de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, para la realización de procedimientos endoscópicos en los que se requiera sedación en pacientes con buen estado general (ASA 1 o 2), en salas de endoscopia digestiva que dispongan de todos los requisitos para uso seguro del medicamento según CCF-4996-12-2016, certificado por el Director Médico del Centro.



A nivel mundial existe amplia literatura científica que apoya el uso seguro del medicamento propofol como sedación para la realización de procedimientos terapéuticos y de diagnóstico, tal y como lo son las endoscopias y colonoscopias por médicos no anesthesiólogos e incluso la literatura menciona el uso de propofol por personal de otras ramas de salud capacitado, dicha literatura es la siguiente:

1. *TARDAGUILA GARCIA, Dolores y LOPEZ ROSES, Leopoldo. Sedación en endoscopia digestiva. Rev. esp. enferm. dig. [online]. 2015, vol.107, n.8 [citado 2018-10-29], pp.515-515. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082015000800011&lng=es&nrm=iso ISSN 1130-0108*

Se publica hoja de información al usuario el Servicio de Gastroenterología del hospital universitario de alto prestigio Ramón y Cajal en España, donde se explica en términos claros y sencillos que los procedimientos de sedación son efectuados por médicos gastroenterólogos, el tipo de medicamento empleado, los riesgos inherentes, quienes deben sedarse y la causa.

Para demostrar la seriedad de la seguridad de este protocolo, se agrega la hoja que se le entrega a los pacientes en este centro, sobre el procedimiento y quien o quienes son los responsables de la aplicación de la sedación; obviamente se indica dentro de la misma no se prescinde de la presencia especialista en anestesia en los casos calificados que lo requieran.



INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
 V.F. Miralles E. Garrido
 Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal

Sedación en endoscopia digestiva

La endoscopia se emplea cada vez con más frecuencia, tanto para diagnosticar como para tratar las enfermedades del aparato digestivo. Para su realización se requiere la introducción de tubos flexibles a través de la boca o del ano, lo cual es molesto y a veces doloroso. Por este motivo, en la mayoría de los hospitales de todo el mundo se ha generalizado el empleo de sedación y analgesia durante los procedimientos endoscópicos; para ello se administra al paciente a través de una vena de un brazo, una serie de fármacos que evitan la percepción de molestias y el dolor.

De hecho a día de hoy podemos afirmar que se debe ofrecer sedación a todos los pacientes, explicándoles las ventajas, los inconvenientes, riesgos y alternativas de la misma, realizándose endoscopia sin sedación únicamente en aquellos pacientes que prefieren no sedarse, no firman el consentimiento informado específico (ver más adelante), no están acompañados de un adulto responsable o que van a combiar o realizar actividades de riesgo tras la exploración.

¿PARA QUÉ SEDAR?

Los objetivos de la sedación son por un lado evitar dolor y molestias al paciente y por otro disminuir el riesgo de que movimientos involuntarios del sistema durante la exploración pongan en riesgo la eficacia y la seguridad de la misma.

¿QUÉ TIPOS DE SEDACION EXISTEN?

Se distinguen cuatro niveles de sedación, de menor a mayor profundidad: sedación mínima, superficial, profunda y anestesia. Las exploraciones endoscópicas habitualmente requieren niveles de sedación superficial, en la que el paciente no está totalmente dormido, o profunda, en la que sí está dormido y solamente responde a estímulos dolorosos. El emplear una u otra depende de la duración y de la complejidad del procedimiento a realizar.

La anestesia es el nivel de sedación mayor, en el cual el paciente no responde a ningún estímulo; con frecuencia implica la necesidad de emplear máquinas que mantengan la función respiratoria del enfermo respirándose y debe realizarse en un quirófano, en general y salvo excepciones, no es necesaria para la realización de endoscopias digestivas.

¿QUÉ FÁRMACOS SE EMPLEAN?

Los sedantes más empleados hasta hace unos años eran las benzodiazepinas ("derivados del Valium"), habitualmente el midazolam. En los últimos años cada vez se usa con más frecuencia el propofol, ya que tiene la ventaja de que su efecto comienza muy rápidamente, en unos segundos, y su acción se mantiene pocos minutos, permitiendo una recuperación muy rápida del paciente.

Como analgésicos se pueden asociar opiáceos ("derivados de la morfina"), de los que el más empleado es el fentanilo. No siempre se emplean, son útiles en ciertos procedimientos que pueden ser especialmente dolorosos.

¿LA SEDACION TIENE RIESGOS?

Como en cualquier procedimiento médico o quirúrgico existen riesgos que es preciso conocer. Los fármacos sedantes pueden interferir con la función respiratoria y cardiovascular. Por dicho motivo durante todo el proceso de la sedación, el paciente debe estar controlado continuamente con unos aparatos que miden sus constantes biológicas y que avisan si se produce alguna anomalía. Como consecuencia, las Unidades de Endoscopia deben estar dotadas del suficiente material de monitorización y reanimación cardiopulmonar. Las complicaciones de la sedación, aunque algunas de ellas pueden ser graves, en la práctica son poco frecuentes y en general se resuelven sin gran dificultad, no obstante los pacientes deben estar informados de ello y firmar un documento de consentimiento antes de comenzar la endoscopia. También hay que saber que el proceso de la sedación no termina al finalizar la exploración endoscópica, sino que debido a la duración del efecto de los sedantes, se prolonga durante un tiempo más o menos largo; por ello el paciente debe permanecer vigilado en una sala de recuperación hasta que esté fuera de peligro y en condiciones de ser dado de alta. Además se le advierte de que no debe abandonar el hospital sin estar acompañado de un adulto responsable en realizar actividades peligrosas, como por ejemplo conducir en las horas siguientes, porque durante las mismas la capacidad de atención, de reacción, los reflejos y las funciones sensoriales superiores pueden estar disminuidas.

¿QUÉN SE OCUPA DE LA SEDACION?

El personal encargado de sedar y controlar al paciente debe poseer una serie de conocimientos y habilidades que le permitan manejar con eficacia y seguridad los fármacos y resolver las complicaciones que puedan presentarse. Para la inmensa mayoría de las exploraciones endoscópicas, el propio médico endoscopista o incluso el personal de enfermería si está debidamente adiestrado, es perfectamente competente para responsabilizarse de la sedación. En situaciones especiales, en pacientes de riesgo importante, en los que hayan sufrido previamente complicaciones con la sedación, en caso de exploraciones muy complejas y en algunas otras situaciones, es necesaria la actuación de un anestesiólogo. Cada hospital debe tener sus protocolos de actuación, que indiquen en cada caso quién se responsabiliza de la sedación.

CONCLUSIONES

Actualmente disponemos de medios más que suficientes para conseguir que las exploraciones endoscópicas no supongan molestias ni dolor para el paciente. Está demostrado que la sedación a la exploración es mejor y la disposición para repetirla si es preciso es mayor, en aquellos pacientes que han sido sometidos a endoscopias bajo sedación respecto a los que no.

La sedación debe ofrecerse a todos los pacientes ya que realizada con los medios humanos y materiales adecuados constituye un procedimiento seguro y eficaz.

Dolores Tardáguila García y Leopoldo López Rosés
 Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario
 Luis los Angeles López

Corte a favor de esta hoja si usted desea más información a sus pacientes.



Aunque se ha puesto el máximo cuidado en la elaboración de estos textos, los autores, coordinadores y la propia Revista Española de Endoscopia Digestiva no se hacen responsables de las conclusiones formadas independientemente de los mismos.

2. BONILLA HIGUERA, Ydaly; RUIZ CURIEL, Ramón E y RUIZ, Neobys. Sedación consciente en endoscopia digestiva, estado actual. Gen [online]. 2010, vol.64, n.4 [citado 2018-10-30], pp. 370-372. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032010000400024&lng=es&nrm=iso ISSN 2477-975X

Se trata de una revisión sobre el estado actual de la sedación con propofol en Venezuela administrado por el personal de enfermería entrenado, bajo indicación y control del médico endoscopista, en la Unidad de Exploraciones Digestivas del Hospital de Clínicas Caracas (HCC) durante el año 2002 y presentando en el XXV



Congreso de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología para un total de 4.200 procedimientos realizados con una tasa de complicaciones ventilatorias de 0,15 %: donde 5 pacientes requirieron ventilación manual con máscara y 1 intubación endotraqueal.

Esta serie se continuó hasta Octubre de 2004 presentando un total de 7.000 procedimientos en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) con una tasa de complicaciones ventilatorias de 0,12 %: 8 pacientes que requirieron ventilación asistida con máscara y se mantuvo un solo caso de intubación endotraqueal.

Para el mes de Marzo 2010 el número de endoscopias realizadas en la Unidad de Exploraciones Digestivas del HCC se eleva a 37.549; solo se requirió ventilación asistida con máscara en 41 pacientes, lo cual representa un 0,11 %; se mantiene un solo caso con intubación endotraqueal y se añade un paciente ASA V que presentó una severa arritmia cardíaca que ameritó su manejo posterior en la Unidad de Cuidado Intensivo.

En las experiencias de la Unidad de Cuidado Intensivo, las desaturaciones de oxígeno, leves y moderadas, registradas en la oximetría de pulso se controlan fácilmente mediante las maniobras que liberan el flujo aéreo en el área orofaríngea como hiperextensión del cuello, uso de la cánula de Mayo, adecuada aspiración de secreciones acumuladas e incremento del flujo de oxígeno suministrado por cánula nasal.

3. RUIZ-CURIEL, Ramón; BONILLA-H, Ydaly; BAPTISTA, Alberto y BRONSTEIN, Manuel. Sedación con propofol en endoscopia digestiva administrado por gastroenterólogos. Experiencia en un hospital de Venezuela. Rev. esp. enferm. dig. [online]. 2018, vol.110, n.4 [citado 2018-10-30], pp.246-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000400007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1130-0108. <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5185/2017>

Estudio retrospectivo. Para la sedación en endoscopia se utilizó exclusivamente propofol, administrado por el endoscopista que realizaba el procedimiento y su personal de enfermería.

Todos los pacientes incluidos eran de bajo y moderado riesgo quirúrgico (ASA I, II y III).

No se utilizó medicación complementaria como benzodiazepinas u opiáceos.

Se incluyeron un total de 70.696 procedimientos de endoscopia digestiva realizados entre los años 2002 y 2017.

Se administró propofol en un bolus de inducción de 10 a 50 mg continuando con bolus intermitentes de 10 a 20 mg, de acuerdo a la respuesta del paciente.

La incidencia de complicaciones fue muy baja, requiriéndose ventilación asistida con máscara en 78 (0,11%) ocasiones.



Solo un caso requirió intubación endotraqueal y dos pacientes presentaron hipotensión importante, por lo que precisaron la administración de efedrina. El tiempo de recuperación promedio de todas las funciones neuropsicomotoras posterior al procedimiento fue de 15 minutos.

El 98% de los pacientes refirieron como bueno o excelente el nivel de tolerancia y recordaron con claridad los detalles de la entrevista realizada una hora después del procedimiento.

Se concluye por lo tanto que el uso del propofol como sedante en endoscopia digestiva administrado y controlado por el endoscopista y su personal de enfermería, en pacientes debidamente seleccionados, es una técnica segura y eficaz que permite a los gastroenterólogos lograr sedaciones adecuadas.

4. CRESPO, Javier y TERAN, Álvaro. *Endoscopia y sedación: un binomio inseparable para el gastroenterólogo*. Rev. esp. enferm. dig. [online]. 2018, vol.110, n.4 [citado 2018-10-30], pp.250-252. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000400008&lng=es&nrm=iso ISSN 1130-0108. <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5585/2018>

El propofol en endoscopia es la primera opción para la European Society of Gastrointestinal Endoscopy por su rapidez y corta vida media y hay muchas referencias sobre su seguridad usándolo especialistas de Aparato Digestivo no anestesiastas.

La única, y no desdeñable, dificultad en su empleo radica en un margen terapéutico estrecho, lo cual puede provocar hipoventilación y apnea en caso de sobredosificación.

Este efecto adverso es compartido por benzodiazepinas y opiáceos, si bien en el caso de estos disponemos de antídotos (flumazenilo y naloxona, respectivamente) con capacidad de reversión inmediata.

A pesar de este potencial riesgo con el uso de propofol, existe abundante literatura acerca de la seguridad de su empleo por profesionales capacitados para la sedación de los procedimientos endoscópicos.

Destacamos tres estudios por el elevadísimo número de procedimientos analizados: un metaanálisis publicado en el año 2013, un estudio de registro en Estados Unidos publicado en 2016 y un metaanálisis publicado en 2017.

Todos ellos concluyen que la sedación de las endoscopias con propofol por endoscopista es segura y no presenta mayores complicaciones cardio-respiratorias ni de otro tipo frente a la sedación practicada por anesthesiólogos

5. Maestro Antolín S, Moreira Da Silva B, Santos Santamarta F, et al. *Complicaciones cardiorespiratorias graves derivadas de la sedación con propofol controlado por endoscopista en nuestra unidad en los últimos 6 años*. Rev Esp Enferm Dig 2018;110 (4):237-9. DOI: 10.17235/reed.2018.5282/2017

Maestro Antolín y cols. efectua estudio retrospectivo sobre base de datos dela unidad de procedimientos endoscópicos del Hospital Rio Carrión



Palencia España , referente a el porcentaje de complicaciones cardiorrespiratorias graves, en el periodo comprendido entre 2011 y 2016, en las distintas exploraciones endoscópicas que realizadas (gastroscopia, colonoscopia, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica [CPRE] y ecoendoscopia [USE]) y cuya sedación es controlada por un endoscopista.

Como resultado se llevó a cabo el análisis de 33.195 exploraciones durante el periodo de estudio y se obtuvo un 0,13% de complicaciones cardiorrespiratorias, la mayor parte de ellas desaturaciones graves (la mayoría respondieron a la apertura de la vía aérea asociada a la interrupción de la infusión del fármaco, precisando la necesidad de ambú en contadas ocasiones).

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos excepto en edad media, riesgo por tipo de exploración y riesgo ASA, donde la CPRE presentó una $p < 0,01$ frente al resto de exploraciones.

Se concluye con los datos de los que disponemos hasta la actualidad, existen numerosas evidencias en la literatura científica para divulgar que la sedación de las endoscopias controlada por un endoscopista formado es segura, eficaz y eficiente.

6. *LOPEZ-MUÑOZ, Cristina et al. Calidad de la sedación con propofol administrada por personal no anestesiólogo en una unidad de endoscopia digestiva, resultados tras un año de implantación. Rev. esp. enferm. dig. [online]. 2018, vol.110, n.4 [citado 2018-10-30], pp.231-236. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000400004&lng=es&nrm=iso ISSN 1130-0108. <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5283/2017>*

López-Muñoz y cols, demuestran mediante proceso de auditoría que existe evidencia fuerte que el propofol puede ser administrado con seguridad y eficacia por un equipo con competencias específicas adquiridas mediante un programa formativo y usando un procedimiento específico en un equipo formado por endoscopista y enfermera, que puede hacerse cargo de la sedación de un paciente de forma eficaz, segura y eficiente.

Para ello, es fundamental una adecuada formación y entrenamiento específico que les otorgue las competencias necesarias.

Para tal efecto se realizó un estudio de cohortes prospectivo sobre los pacientes que recibieron sedación con propofol por personal no anestesiólogo.

Posteriormente, se seleccionó una muestra aleatoria de registros clínicos para evaluar la adherencia de los profesionales a diferentes criterios de calidad, así como la aparición de eventos adversos relacionados con la sedación.



Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 595 procedimientos bajo sedación con propofol.

La tasa de eventos adversos fue del 2,4% (n = 507), principalmente episodios de hipotensión e hipoxemia.

Los porcentajes de adherencia al procedimiento de sedación se situaron por encima del 80% en la mayoría de los criterios, aunque fue menor en la cumplimentación de la valoración del riesgo ASA.

Concluyen entonces, que los resultados del estudio sugieren que el propofol puede ser administrado con seguridad y eficacia por un equipo cualificado de endoscopista y enfermera, en pacientes con un riesgo ASA I-II. Las auditorías sobre la adherencia de los profesionales al procedimiento permiten identificar necesidades de mejora para poder seguir trabajando sobre aspectos aún no consolidados.

Además, es importante mencionar que ya se cuenta con la experiencia clínica del uso de propofol a nivel Institucional en tres hospitales de la C.C.S.S. En el oficio CCF 3823-08-18 dirigido a esa Gerencia se indican los resultados obtenidos en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, los cuales impactan significativamente las listas de espera reduciéndolas de 12 meses a 1 mes y 15 días en 6 meses.

Actualmente se cuenta con la experiencia de uso de propofol en el Hospital Dr. Max Peralta de Cartago y el Hospital Dr. Escalante Pradilla por médicos especialistas en gastroenterología, la cual refiere lo siguiente:

1. Experiencia en la administración de Propofol en procedimientos endoscópicos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Escalante Pradilla

No es desconocido los problemas serios que se presentan durante décadas por la carencia de especialistas en anestesia en las zonas periféricas del país, y siendo una de las más críticas la región Brunca.

Podemos mencionar que al año 2013 solo existían dos anestesistas en el hospital Escalante Pradilla para brindar todos los procedimientos anestésicos convencionales diarios entre ellos y asistir las emergencias calificadas y aunque ya tenemos en estos momentos 4 anestesistas, ha sido materialmente imposible tener un profesional exclusivo para realizar los procedimientos que requieren sedación, dado la inestabilidad contante de los profesionales que llega por periodos cortos de tiempo por servicio social o bien obtienen plaza más atractiva de acuerdo a sus prioridades o son captados por los hospitales nacionales, y si a esto se le agrega el déficit que hay en la formación nacional la aplicación de esta directriz de un anestesista para estas sedaciones implicaría en aumentar aún más la lista de espera de las cirugías situación que es prioritaria para la institución.

Si lo visualizamos desde el punto de vista de los procedimientos endoscópicos cumpliendo esta directriz, si no se tiene un anestesista para las sedaciones se complica más el panorama de la región, pues se



aumenta las listas de espera de procedimientos hay que trasladar este problema al hospital de referencia que es el Hospital San Juan de Dios, situación que no viene a solucionar sino a agravar aún más los inconvenientes de la región tan limitada en recursos.

Es por ello, que la administración activa del Hospital en su cuerpo gerencial, tomó la decisión de establecer el protocolo de aplicación de este medicamento bajo normas estrictas de vigilancia por el medico gastroenterólogo, logrando demostrar que con un control eficiente eficaz, responsable y bajo parámetros seguros, es posible utilizar este medicamento en ciertos pacientes que han sido seleccionados de previo con valoración preoperatoria y ofrecer los servicios de procedimientos endoscópicos rápidos y controlados con la supervisión de un médico especialista con experiencia y entrenado en manejo de eventos esperados sin alterar la producción de los servicios de anestesia ya de por si deficitarios.

Se demuestra en cuadro quinquenal siguiente la producción obtenida:

Procedimiento	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Gastroscofia	2581	1756	1987	1925	1963	9842
Colonoscopia	670	413	563	503	529	2678

En lo concerniente a producción de procedimientos endoscópicos realizados en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Escalante Pradilla en los años 2013 al 2017, es importante resaltar, que en todas las colonoscopias se utilizó únicamente el medicamento Propofol para sedación del total de los 2678 pacientes y a la fecha, no se ha presentado ninguna complicación por la aplicación del mismo y fue realizado este por parte de los Médicos Especialistas en Gastroenterología, y que además se tiene una sala de procedimiento post sedación con personal capacitado en la vigilancia permanente con todo el equipo de monitoreo no invasivo y de Resucitación Cardiopulmonar necesario.

De los procedimientos gastroscopicos especiales con sedación, estos corresponden a 208 pacientes anuales para un gran total de 1040 en el quinquenio, lo que corresponde a un 10.56% de los 9842 pacientes vistos sin tener complicaciones reportadas.

Por lo tanto, tenemos un gran total de 3718 procedimientos con sedación realizados con propofol donde no se presentaron complicaciones asociadas al mismo.

Para concluir si se llevara a cabo la aplicación de la norma en forma estricta como se solicita esto conllevaría a una situación de emergencia y colapso de la cual la red de servicios de salud no está en capacidad de poder absorber y resolver esta situación y conlleva el deterioro en la prestación de los servicios de salud un aumento en las lista de espera en procedimientos, y mayor cantidad de reclamos en la vía judicial mediante



el accionar de la Sala Constitucional y subsecuentemente el daño patrimonial para la Institución.

1. Experiencia en la administración de propofol por médicos no anestesiólogos en el Centro de Detección de Cáncer Temprano del Hospital Dr. Max Peralta de Cartago

El Dr. Alexander Sánchez Cabo, Director del Centro de Detección Temprana de Cáncer del Hospital Max Peralta de Cartago, refiere que "actualmente dicho Centro cuenta con 4 salas de endoscopia instaladas y equipadas, segregadas en 2 salas de endoscopia alta y 2 salas de endoscopia baja, donde se atienden diariamente hasta 35 pacientes para endoscopia programados siempre en función de Cáncer Gastro-Intestinal. Estos procedimientos son realizados bajo sedo analgesia consiente (sedación grado 2), aplicada a pacientes hemodinamicamente estables y sin complicaciones mayores, en espacios adecuados (sala de procedimientos y sala de recuperación) bajo monitorización no invasiva obligatoria en todos los casos además de los recursos necesarios para una atención inmediata de complicaciones, en conjunto por dos funcionarios Médicos capacitados (Asistente especialista y Médico General) con el apoyo de enfermería de forma permanente. Todo bajo protocolos adecuadamente establecidos."

Además adjunta los resultados obtenido en 10 meses de implementación del programa tamizaje en colon y recto, tal y como se muestra a continuación:

Indicadores Programa de Tamizaje de Cáncer Colon y Recto Octubre 2017 - Agosto 2018	
Indicadores	Resultado Obtenido Plazo 10 meses
Invitados	6236
Participantes	5454 (85%)
Fit Positivos	432 (8%)
Colonoscopias realizadas	443
Colonoscopias Suspendidas	2

Como se evidenció anteriormente el Programa ha tamizado más de 6 000 pacientes asintomáticos, consecuentemente ha realizado cerca de 450 colonoscopias por tamizaje bajo la modalidad de sedo analgesia por médicos no anestesiólogos, donde se han hecho los diagnósticos de:

Resultados Confirmados Abril 2018 - Agosto 2018	
Diagnóstico Confirmado	Número
Adenomas con displasia	87
Carcinoma Intraepitelial	2
Adenocarcinoma Temprano	3
Adenocarcinoma Avanzado	7
TOTAL	99

Como aquí se expone solo 10 meses de acción del Programa de Tamizaje se han atendido oportunamente a 99 pacientes con lesiones malignas y que por lo tanto se ha brindado una atención que les ha cambiado el pronóstico de su enfermedad gracias a un tratamiento integral oportuno.



Por todo lo anterior expuesto es que este Comité considera pertinente solicitar a la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, reconsiderar el acuerdo tomado en el Acta No. 2018-09-19 celebrada el 19 de setiembre del 2018, con el fin de que evalúen los resultados obtenidos en la práctica médica habitual en la CCSS, así como la evidencia científica que respalda el uso de propofol por médicos no anestesiólogos, lo anterior amparados en garantizar el derecho al cuidado de la salud consagrado en el artículo 21 de la Constitución Política."

Como se puede apreciar las necesidades de sedación Endoscópica (gastroscopias, colocación PEG, Colonoscopías, Broncoscopias u otros procedimientos terapéuticos) en la Caja Costarricense de Seguro Social, han sido cubiertas por los especialistas en Gastroenterología, con fundamento en la autorización del Comité Central de Farmacoterapia y en la evidencia científica.

En adelante haremos referencia algunas de las publicaciones que se han generado en la última década en Latinoamérica y en el mundo, en relación con el uso del propofol por no anestesiólogos.

En la plataforma digital "Practice Update. Our Experts. Your Practice. Confianza."², se encuentra un artículo del año 2006 titulado "Documento de consenso de la Asociación Española de Gastroenterología sobre sedoanalgesia en la endoscopia digestiva", que fuera publicado por la Revista Española de Gastroenterología – Hepatología número 14, que señala lo siguiente:

"...Estos datos indican que la administración de propofol es razonablemente segura tanto si la realizan endoscopistas entrenados, asistidos por ayudantes técnicos sanitarios (ATS) o diplomados universitarios en enfermería (DUE) especializados en reanimación y control del paciente en estas situaciones, como anestesiólogos (...) Todos estos datos indican que la sedación profunda con propofol puede realizarse con un grado de seguridad razonable sin necesidad de disponer de la presencia física de un anestesiólogo en la sala de exploraciones."

En el artículo digital publicado en "Controversias en Gastroenterología"³, titulado "NAAP: Sedación profunda con propofol para endoscopia digestiva administrada por no anestesiólogo. Posición del endoscopista en el 2011", que fuera redactado por el Dr. Elías Alfonso Forero Piñeras, MD, Médicos Internista, Gastroenterólogo, Epidemiólogo, Jefe del Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital Central de la Policía, Bogotá, Colombia, se señala lo siguiente:

"(...) SEDACIÓN PROFUNDA POR NO – ANESTESIÓLOGO: LA EVIDENCIA

² El artículo completo lo encontrará en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-documento-consenso-asociacion-espanola-gastroenteologia-13085143>

³ El artículo completo lo encontrará en: <https://docplayer.es/2965358-Naap-sedacion-profunda-con-propofol-para-endoscopia-digestiva-administrada-por-no-anestesiologos-posicion-del-endoscopista-en-el-2011.html>



El consenso más reciente respecto al uso de propofol para sedación profunda en procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos administrada por no anestesiólogos también es el más serio; incluyó en su grupo redactor a la Sociedad Europea de Anestesiología (ESA), la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) y la Sociedad Europea de Enfermeras Gastrointestinales y Asociados (ESGENA); revisó toda la evidencia acumulada durante más de una década del uso de propofol para sedación en endoscopia por no anestesiólogos (Non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy –NAAP–) como una revisión crítica de metanálisis y de ensayos clínicos controlados, con niveles de evidencia medidos y estableció recomendaciones también basadas en la evidencia. Este consenso tiene la fortaleza de haber sido realizado por personas que trabajan en sistemas de salud socializados, en quienes prima encontrar lo mejor para el paciente y lo más costo-efectivo para el sistema de salud, a diferencia de los consensos en Estados Unidos donde la controversia se ha alimentado, más que por razones científicas o éticas, por conflictos de intereses económicos entre los gremios, lo que de forma similar ha ocurrido en Latinoamérica. Esta revisión consideró también todas las publicaciones relacionadas con discusiones éticas en el mundo y con las conclusiones de la evaluación de la responsabilidad médico legal, que en todo el mundo se discutió durante más de una década y para lo cual ya también existen conclusiones claras.

Como se ve, en esta seria revisión de toda la evidencia acumulada, la discusión ya no se centra en si alguien que no sea anestesiólogo puede administrar propofol para sedación profunda en procedimientos endoscópicos, sino en tres aspectos principales: primero, si los pacientes con clasificación de riesgo ASA III de la Sociedad Americana de Anestesiología pueden ser también sedados con propofol por no anestesiólogos, lo que está actualmente aceptado para pacientes ASA I y ASA II; segundo, cómo debe ser el entrenamiento de los endoscopistas y personal de enfermería que realizan esta actividad; tercero, si en la sala de endoscopia se requiere una tercera persona dedicada exclusivamente a administrar la sedación o si esto –como parece ser la tendencia de la última evidencia y publicaciones– pudiera ser realizado para procedimientos diagnósticos de corta duración (endoscopia y colonoscopia) solo por dos personas (el endoscopista y un auxiliar de los procedimientos endoscópicos que también le apoyaría en la sedación con propofol).

(...) ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICOS LEGALES

Un tópico especial a repasar son las conclusiones de lo discutido en el mundo respecto a los aspectos éticos y médico-legales de la administración de propofol por no anestesiólogos para sedación profunda de endoscopia gastrointestinal diagnóstica y terapéutica (NAAP) (20-25).

Primero, esta discusión ha sido teórica, ya que hasta la fecha no se ha dado en los estrados judiciales, lo que serviría de referencia legal, porque hasta ahora y después de más de una década ininterrumpida de uso, ningún endoscopista o enfermera ha sido juzgado o condenado por esto, ni en Colombia ni en el mundo. (...)" – La cursiva no corresponde al texto original –.

Otro artículo digital publicado en el año 2018 "Calidad de la sedación con propofol administrada por personal no anestesiólogo en una unidad de endoscopia digestiva, resultados tras un año de implantación", en el Volumen 110/ Número 4 de la "Revista Española de Enfermedades Digestivas. The Spanish Journal of Gastroenterology"⁴, se señala lo siguiente:

⁴ El artículo completo lo encontrará en:



"RESUMEN

Introducción: *Introducción:* existe evidencia de que un equipo formado por endoscopista y enfermera puede hacerse cargo de la sedación de un paciente con propofol de forma eficaz, segura y eficiente. Para ello, es fundamental una adecuada formación y entrenamiento específico que les otorgue las competencias necesarias. El objetivo principal de este estudio fue realizar, tras un año de implantación, una evaluación de la calidad del procedimiento de sedación administrada por personal no anestesiólogo en una unidad de endoscopia digestiva.

Métodos: se realizó un estudio de cohortes prospectivo sobre los pacientes que recibieron sedación con propofol por personal no anestesiólogo. Posteriormente, se seleccionó una muestra aleatoria de registros clínicos para evaluar la adherencia de los profesionales a diferentes criterios de calidad, así como la aparición de eventos adversos relacionados con la sedación.

Resultados: en el periodo de estudio se realizaron un total de 595 procedimientos bajo sedación con propofol. La tasa de eventos adversos fue del 2,4% (n = 507), principalmente episodios de hipotensión e hipoxemia. Los porcentajes de adherencia al procedimiento de sedación se situaron por encima del 80% en la mayoría de los criterios, aunque fue menor en la cumplimentación de la valoración del riesgo ASA.

Conclusión: los resultados del estudio sugieren que el propofol puede ser administrado con seguridad y eficacia por un equipo cualificado de endoscopista y enfermera, en pacientes con un riesgo ASA I-II. Las auditorías sobre la adherencia de los profesionales al procedimiento permiten identificar necesidades de mejora para poder seguir trabajando sobre aspectos aún no consolidados. [...]”
– La cursiva no corresponde al texto original –.

La Caja Costarricense de Seguro Social presenta el estado actual de los tiempos de espera para la realización de Endoscopías bajas o Colonoscopías, pese a la cantidad de procedimientos que a diario se realizan por los especialistas en Gastroenterología.

Lista de Espera para la realización de Colonoscopías, según centro médico, Corte Junio 2019. CCSS

Centro Médico	Citas Pendientes	Plazo promedio espera
A.S. Desamparados 1 (Marcial Fallas)	136	119
A.S. Hatillo (Solón Núñez)	161	539
H. Carlos Luis Valverde Vega	460	763
H. Ciudad Neilly	427	571
H. Enrique Baltodano Briceño	176	83
H. Fernando Escalante Pradilla	946	243
H. Guápiles	90	146
H. La Anexión	182	84
H. Manuel Mora Valverde	164	285

<https://www.reed.es/ArticuloFicha.aspx?id=2923&hst=0&idR=59&tp=1&AspxAutoDetectCookieSupport=1>



H. Max Peralta Jiménez	1665	414
H. Rafael A. Calderón	355	148
Guardia		
H. Raúl Blanco Cervantes	10	55
H. San Carlos	371	79
H. San Francisco de Asís	520	396
H. San Juan de Dios	996	277
H. San Rafael de Alajuela	1281	460
H. San Vicente de Paúl	1401	212
H. Tony Facio Castro	29	30
TOTAL GENERAL	9370	285

Fuente: Área de Estadísticas en Salud, Cuadro Estadístico 21

FUNDAMENTO JURÍDICO

- Artículo 26 de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

PETITORIA

En virtud de las anteriores consideraciones, solicito respetuosamente a la Asamblea General del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, REVISAR a la luz de la realidad científica actual, el Perfil construido para el ejercicio profesional del Médico Especialista en Gastroenterología, por el impacto en la salud de la población costarricense, a los costos – beneficios e incongruencia con la evidencia científica, eliminando la excepción contenida en el artículo 15 inciso h) y 37 respecto a la excepción de agentes anestésicos de uso intravenoso e inhalatorio correspondiente al Perfil del Médico Especialista en Gastroenterología. Así como los representantes de la Caja Costarricense de Seguro Social que participaron en la comisión que estudió y laboró dicho perfil.

NOTIFICACIONES

Se oirán notificaciones en el Despacho de la Gerencia General, en Avenida Segunda, calle 5 y 7, Edificio Laureano Echandi, Piso 5, San José de Costa Rica.

DR. ROBERTO CERVANTES BARRANTES



Estudio y redacción:

Licda. Guadalupe Arias Sandoval
Asesora Ejecutiva
Carné No. 17370