

Seminario: Complicaciones en endoscopia

Autor: Dr. Fernando Alberca de las Parras

CONCEPTO

Una complicación es una situación no deseada vinculada a un proceso completo como es la realización de una endoscopia digestiva.

Se ha catalogado como **complicación o efecto adverso** durante una endoscopia la incidencia que condiciona la interrupción de la endoscopia por esta causa, un ingreso hospitalario o una prolongación de la estancia prevista, que requiere la realización de otro procedimiento intervencionista en un segundo tiempo para solucionarla (endoscópico, radiológico o quirúrgico) o bien que condiciona una consulta médica posterior. No debemos olvidar que todo procedimiento, aún el más banal, puede tener complicaciones.

En 2010 la ASGE publicó un Lexicon (*Cotton, GIE*) que se ha convertido en la referencia para definir las complicaciones y su publicación.

El desarrollo de los procedimientos intervencionistas ha llevado aparejado un aumento de las incidencias durante las endoscopias: el que se conviertan en complicaciones depende del conocimiento y pericia de los endoscopistas para solucionarlas o no. Además, la extensión de la sedación ha incluido complicaciones que antes no existían.

No debemos hacer aquello que no estamos preparados para solucionar

Las complicaciones vinculadas a cada procedimiento varían con las indicaciones de ese procedimiento y su evolución, con el aumento o descenso de complejidad técnica, con la experiencia del endoscopista, con la curva de aprendizaje en una técnica concreta aun tratándose de profesionales expertos, con la forma de medir la complicación y con la gravedad de las complicaciones.

PROCEDIMIENTOS CON MAYOR RIESGO

Dentro de los procedimientos endoscópicos más habituales, es interesante destacar los siguientes por la mayor incidencia de complicaciones:

EUS INTERVENCIONISTA: es la más frecuente, con incidencia de hemorragia de hasta un 12% y de perforación del 6%.

DISECCIÓN ENDIOSCÓPICA SUBMUCOSA: El riesgo de hemorragia es del 5,4% y de perforación del 10%.

CPRE: con una incidencia de pancreatitis del 1,5-15%, de hemorragia del 0,5-5% y de perforación del 0,5%.

PEG: Hemorragia (1%), Perforación (1%), Infección (5%)

POLIPECTOMÍA: Siendo una de las técnicas más habituales, el riesgo de hemorragia es alto (3,2%) así como el síndrome postpolipectomía, mientras son más infrecuentes pero más graves las perforaciones (0,05%).

EUS PAAF: Hemorragia (0-0,5%), Infección (0-0,6%)

TIPOS DE COMPLICACIONES

Una distinción esencial en la actitud y clasificación de las complicaciones, y que tiene trascendencia incluso legal es el tipo de complicación dependiendo de si se trata de complicaciones inherentes a la técnica o a la organización.

A. **Inherentes al uso de la técnica**, a los medicamentos implicados, etc. Son complicaciones que ya están catalogadas en la literatura y explicitadas en los documentos de consentimiento informado. Serían esperables y su existencia no nos debe sorprender salvo que por su número excedan lo esperable de una buena práctica clínica.

Requieren habitualmente de una intervención médica para solucionarlas. Son esperables

B. **Que se producen de manera “inesperada”** y que pudieran atribuirse a circunstancias como *identificación del paciente, transporte y traslados, procesos administrativos, comunicación, problemas en equipos, dispositivos, infraestructura, edificio enseres (contaminación endoscopios, legionella...), gestión organizativa, uso inadecuado de recursos o equipos, problemas de técnica, caídas, quemaduras...*

Generalmente requieren de su información al jefe de unidad y/o al supervisor y deben ser investigadas pues pueden transmitir un mal funcionamiento que debería ser corregido. Son, inicialmente, inesperadas, y deberían ser evitadas.

CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES

1. Por el momento de la complicación: preprocedimiento, intraprocedimiento, postprocedimiento (precoz < 14 d) o tardío (> 14 d) . Las complicaciones tardías o diferidas suelen ser más graves y las hemorragias muchas veces se vinculan al uso concomitante de antitrombóticos.
2. Por la atribución de la complicación al procedimiento concreto se catalogarán como definitivo, probable, posible o improbable.
3. Por la gravedad de la complicación: serán leves, moderadas, graves o fatales; entre los factores distintivos para catalogarlas se encuentra la estancia en planta, la estancia en UCI, las transfusiones, la necesidad de repetir la endoscopia para solucionar un problema o el tener que recurrir a radiología intervencionista o incluso a cirugía, la posibilidad de generar una incapacidad permanente e incluso la muerte

En calidad se usa el Severity Assesment Code (SAC) semejante al anterior.

4. Por el tipo de complicación: cardiovasculares (hipertensión, hipotensión, arritmias, IAM), respiratorias (hipoxia, laringoespasma o broncoespasmo, neumonía), tromboembólicas (trombosis venosa, embolia pulmonar), instrumentales (perforación, penetración e impactación), hemorragias, infección (colangitis, infección pancreática, fiebre o transmisión de microorganismos), reacción farmacológica (alergia), dolor (abdominal y no abdominal), pancreatitis o lesión tisular (en ojos, piel, huesos...).

DETECCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

Las unidades deben estar preparadas no sólo para tratar las complicaciones cuando aparecen, sino para detectarlas y evaluarlas. Esto puede ocurrir, según el momento en que se detectan,

- A. Complicaciones preprocedimiento: se puede plantear si tenemos protocolos de funcionamiento y revisión del material
- B. Complicaciones intraprocedimiento: el endoscopista debe estar atento durante las pruebas no solo a que se consiga el objetivo clínico sino a aquellos signos que aparecen durante el procedimiento y que son indicativos de una complicación como sería una hemorragia mantenida, la existencia de vasos visibles en el lecho de una mucosectomía o el target sign tras una polipectomía y que traduce una perforación. También debemos vigilar ante el despertar del paciente síntomas como el dolor, la distensión...
- C. Complicaciones diferidas (precoces o tardías): son más difíciles de controlar y para ello se debería crear un registro de complicaciones de unidades de endoscopias que podría establecerse de forma sencilla mediante llamadas de teléfono en un mes y/o revisión de la historia clínica.

MANEJO y PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

Para evitar las complicaciones inesperadas se debe estimular la realización de protocolos, circuitos, certificaciones (ISO)... pues evitan complicaciones inesperadas y cambian la actitud de los profesionales.

El profesional debe establecer una relación empática con paciente y familia pues una información previa (consentimiento informado) y el seguimiento e información correcta posterior a la complicación evitan demandas judiciales.

Una técnica depurada en el paciente bien indicado y un buen trato son la mejor prevención.

Condiciones proactivas para disminuir las complicaciones podrían ser:

- A. Tener un protocolo de ajuste de antitrombóticos (previo y postprocedimiento) adaptado según las guías o aplicaciones (QXAAPP).
- B. El uso de tecnología hemostática tras procedimientos intervencionistas, sobre todo si el paciente usa antitrombóticos, se sabe que disminuye las complicaciones hemorrágicas. Estos dispositivos son los clips, sobreclips, endoloop, esclerosis y los polvos hemostáticos.
- C. Uso de tecnología para cierre de perforaciones o lesiones sospechosas, como los clips, sobreclips, endoloop, asociación clip-endoloop, suturas y el uso de prótesis.
- D. Uso de fármacos y dispositivos para prevenir pancreatitis post-CPRE: prótesis pancreáticas, hiperhidratación, AINEs rectales.