



# ***Policy Brief:***

Recomendaciones  
sobre administración  
de sedación fuera del  
quirófano en Colombia





# Policy Brief:

## Recomendaciones sobre administración de sedación fuera del quirófano en Colombia

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E. ha realizado un trabajo conjunto con sus afiliados, y por medio de este *Policy Brief*, se quiere motivar la revisión del contenido de la reglamentación actual, emitir algunas recomendaciones acerca de la sedación fuera del quirófano, buscando propiciar prácticas más seguras en el cuidado del paciente.

A partir de la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, se establecieron algunos lineamientos en relación con la sedación suministrada fuera del quirófano, lo que constituyó una aproximación inicial a una reglamentación. Su contenido puede carecer de rigurosidad en algunos aspectos, por ejemplo, en las características que debe tener una adecuada vigilancia del paciente sometido a sedación, o los requerimientos de una adecuada capacitación en sedación. Si bien estos lineamientos están siendo revisados y actualizados en nuevas resoluciones, con la normativa actual existen diversos cuestionamientos.

### Recomendaciones

1. La sedación fuera del quirófano debe ser administrada únicamente por anestesiólogos.

2. Por su formación, los odontólogos no tienen la competencia para administrar sedación endovenosa.

3. El uso de propofol fuera de quirófano y de la unidad de cuidado intensivo debe ser exclusivo del anestesiólogo.

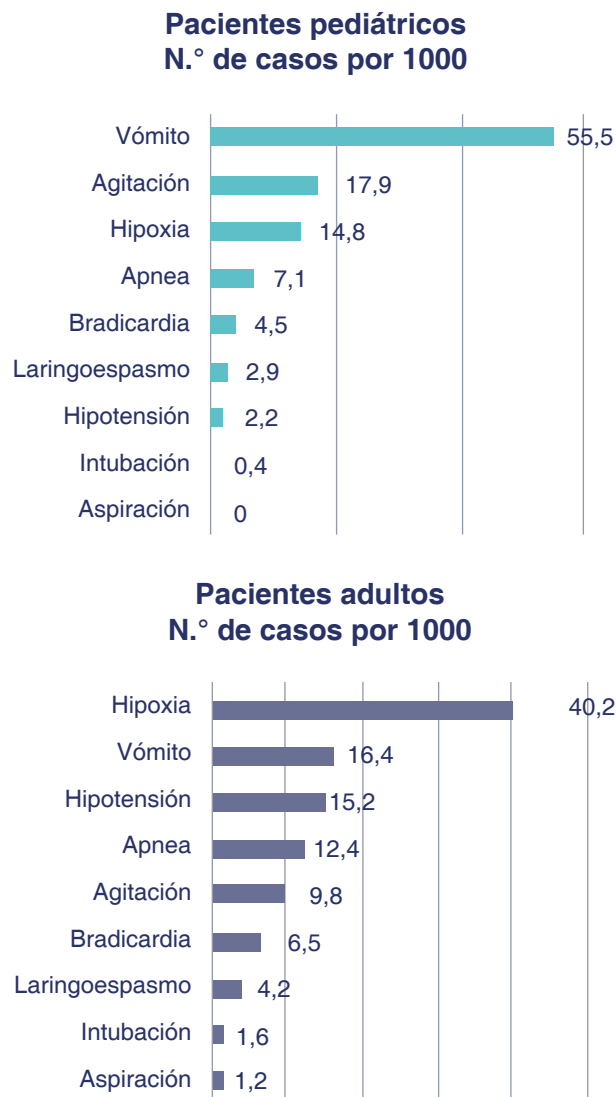
## Introducción

La sedación, como acto médico, es una práctica relacionada con diferentes tipos de procedimientos y tiene como objetivo disminuir el dolor, la ansiedad y la incomodidad que ellos producen. Esta práctica se puede considerar, además, como una estrategia para mejorar la calidad del cuidado proporcionado al paciente (1), llegando incluso a considerarse como un indicador de calidad (2); se emplea en procedimientos invasivos, no invasivos, de carácter diagnóstico o intervencionistas (3).

La sedación consiste en la administración de agentes sedantes o disociativos, por lo tanto, la seguridad de esta práctica depende de que se administren los medicamentos apropiados, en la dosis adecuada para el paciente y en el entorno apropiado (1). La sedación fuera del quirófano hace referencia a la administración de sedación en un entorno diferente a las salas de cirugía, una práctica que puede ser usual en procedimientos de radiología, intervenciones diagnósticas, procedimientos pediátricos o en pacientes psiquiátricos, entre otros (4). La administración de sedación fuera de la sala de cirugía incrementa el riesgo de evento adverso, por esto es necesario que el personal involucrado en esta práctica tenga las competencias necesarias (4).

La administración de sedación es un proceso complejo y dinámico, que requiere un monitoreo continuo, pues el grado de sedación al que se somete el paciente puede cambiar rápidamente. Los medicamentos empleados para sedación se relacionan con eventos adversos, como la hipotensión, la bradicardia, depresión respiratoria, hipoxia, aspiración, laringoespasma, que fácilmente pueden poner en riesgo la vida (2) (figura 1).

Figura 1. Eventos adversos por sedación administrada en urgencias\*



\*En estos estudios la sedación fue administrada por emergenciólogos, médicos generales, residentes o enfermeras.

Fuente: Bellolio y colaboradores (5,6).

## ¿Cuál es el panorama actual en Colombia?

La práctica de la anestesiología está reglamentada por la Ley 6 de 1991, la cual establece que solo podrán ejercer la especialidad quienes obtengan el título correspondiente, y en su decreto reglamentario se señala que los médicos no especializados en anestesia y reanimación solo podrán practicar procedimientos anestésicos en los casos de urgencia y en aquellos casos no remitibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, siempre que medie la ausencia de un médico especializado (7).

Las resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud para definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicio de salud y de habilitación de servicios de salud han establecido lineamientos para la administración de sedación en las instituciones prestadoras. Actualmente rige la Resolución 2003 de 2014 (8), sin embargo, está próxima la emisión de una nueva resolución que modifica algunos de estos lineamientos.

Los requerimientos específicos de condiciones de habilitación se plantean según los grados de sedación (qué tan profundo es el nivel de sedación), teniendo en cuenta la escala de clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) (9):

- **Grados I y II:** Permite sedación por personal no anestesiólogo diferente a quien realiza el procedimiento, previo entrenamiento en sedación y curso de soporte vital básico.

- **Grado III:** Este grado se considera sedación profunda, se mantienen los requerimientos anteriores y se adiciona la necesidad de un curso de soporte vital avanzado, y conocimiento en monitoreo electrocardiográfico.
- **Grado IV:** De dominio exclusivo del anestesiólogo.

La Resolución 2003 de 2014 resalta la necesidad de vigilancia posterior al procedimiento por personal adecuado bajo supervisión del mismo, se hacen precisiones sobre el rol del personal de apoyo, se deja claro el manejo de óxido nítrico en odontología y la necesidad de contar con personal de apoyo y certificación para su uso, pero no define quién es el encargado de proveer dicho curso. Menciona también la necesidad de contar con anestesiólogo para atención de los pacientes con características particulares, como los poco colaboradores, en edades extremas (no definidas), con enfermedades graves, alteraciones en el estado de conciencia, embarazadas, farmacodependientes o dificultades en sedaciones previas, por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones.

También se establece mediante esta Resolución que las instituciones donde se realizan procedimientos bajo sedación deben contar con el servicio de transporte asistencial, con protocolos de sedación, además de recomendaciones de egreso para cada paciente. No se establece la necesidad de una valoración preanestésica por parte de un anestesiólogo, quien tendría la competencia suficiente para determinar el tipo de sedación requerida, posibles complicaciones y la estratificación del riesgo del procedimiento.

El Ministerio de Salud está revisando la normativa contenida en la Resolución 2003 y se espera contar con la expedición de la nueva norma a finales de 2019, lo cual no modifica las recomendaciones presentadas en este documento.

**La normativa actual ha obviado puntos importantes, y en general la legislación colombiana con respecto a este tema es inespecífica e incompleta, situación que puede comprometer la seguridad del paciente.**

## Enfoque y resultados

Mediante un consenso de expertos conformado por epidemiólogos clínicos, anesthesiólogos clínicos y miembros de comités científicos, la S.C.A.R.E. analizó la situación actual en sedación así como la evidencia existente sobre las mejores prácticas en sedación y encontró que, si bien no existe una estrategia ideal que garantice una administración de sedación absolutamente segura, sí existen ciertas prácticas que pueden permitir una atención adecuada y oportuna al paciente. Con esta consideración, se buscó resolver algunas preguntas con la evidencia científica disponible:

- **¿Qué condiciones necesita un procedimiento con sedación fuera del quirófano para ser seguro?**

Para que un procedimiento bajo sedación sea tan seguro como sea posible debería contar con: evaluación previa del paciente (consulta preanestésica que identifique antecedentes y estado de la vía aérea), recomendaciones de ayuno, monitorización adecuada e intervenciones tempranas cuando se identifiquen eventos adversos. Las condiciones para una segura administración de sedación en el consultorio de odontología, y en general en cualquier área, deben ser una imitación de las que se tienen en salas de cirugía (10), contar con una adecuada monitoría (oximetría de pulso, electrocardiograma, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, capnografía, presión arterial no invasiva cada 5 m), vía venosa y uso de escalas de sedación. Se debe, además, contar con equipos de

manejo de la vía aérea básica y avanzada y equipo completo de reanimación (medicamentos y dispositivos), fuente de oxígeno y equipo de transporte asistencial (11); algunas guías sugieren que, además, se monitoricen dolor y estrés (12).

- **¿Qué beneficios existen cuando un anestesiólogo practica la sedación fuera de quirófano?**

La información y evidencia disponibles muestran una mayor satisfacción por parte de los pacientes que reciben sedación por un anestesiólogo (3). Existe un grupo de pacientes que se ve beneficiado cuando recibe sedación fuera del quirófano de manos de un anestesiólogo, estos son los pacientes con comorbilidades; la valoración y manejo de un anestesiólogo son obligatorias cuando los pacientes están en riesgo de desarrollar alguna complicación (Síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño, riesgo cardiovascular, enfermedad hepática o renal, obesidad mórbida, riesgo de broncoaspiración, evento adverso previo con sedación, mayores de 75 años, ASA IV, embarazadas y niños), debido a que cuentan con la experiencia suficiente para manejar los eventos adversos que se puedan presentar(3,13).

## Conclusiones

- La administración de sedación es un proceso dinámico, susceptible de presentar múltiples complicaciones, entre las que se debe tener en cuenta la posibilidad de que el paciente caiga en un grado de sedación más profundo del planeado.
- Los lugares en los que se administre sedación fuera del quirófano requieren elementos suficientes para garantizar la adecuada monitorización del paciente y una respuesta oportuna a las complicaciones.
- Ningún medicamento es completamente seguro para administrar sedación, y se debe tener en cuenta que existen algunos medicamentos que son de competencia exclusiva del anestesiólogo.
- Los pacientes con comorbilidades y características especiales requieren la valoración y manejo por parte de un anestesiólogo, ya que son los que tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones.
- Existe evidencia que menciona cómo la atención por parte de un anestesiólogo brinda mayor satisfacción a los pacientes.



## Recomendaciones

Al terminar la elaboración del presente documento, se publica y entra en vigencia la Resolución 3100 de noviembre 25 de 2019, que actualiza las condiciones de inscripción y habilitación de los servicios de salud en el país; se analizó el contenido de dicha resolución y se considera que las recomendaciones emitidas en este documento siguen siendo pertinentes. Con base en la información obtenida, y con la colaboración de expertos temáticos y gremiales, la S.C.A.R.E. se permite emitir las siguientes recomendaciones.

### **1. La sedación fuera del quirófano en procedimientos electivos debe ser administrada únicamente por anestesiólogos**

Teniendo en cuenta la información obtenida, se hace evidente la importancia de que el profesional a cargo de la administración de sedación tenga conocimiento de los posibles eventos adversos y cómo manejarlos, además se debe tener presente que la persona que administra la sedación no puede ser la misma que realiza el procedimiento.

En algunas circunstancias, como en los casos de urgencias y los no remisibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico y ante la ausencia de un médico especializado en anestesiología, la sedación fuera del quirófano podría ser administrada por otros médicos no anestesiólogos de conformidad con la Ley 6 de 1991; sin embargo, el profesional idóneo para la administración de sedación es el anestesiólogo, ya que

cuenta con capacitación suficiente para manejar las complicaciones y experiencia en el manejo de vía aérea difícil.

## 2. Por su formación, los odontólogos no tienen la competencia para administrar sedación endovenosa

En algunos programas de odontología en Colombia se brinda capacitación sobre sedación con óxido nitroso, su práctica no debería ir más allá del uso de esta opción para quienes tengan dicha formación; sin embargo, es de aclarar que su administración se relaciona con riesgo de laringoespasma e hipoxemia, y su uso requiere un sistema especializado que garantice limpieza del ambiente; por los impactos sobre el medio ambiente, el uso de óxido nitroso se está desestimulando gradualmente.

## 3. El uso de propofol fuera de quirófano y de la unidad de cuidado intensivo debe ser exclusivo del anestesiólogo

El propofol es un medicamento destinado a inducir diferentes grados de sedación, hasta sedación profunda o anestesia general, por lo tanto y de acuerdo con la legislación vigente, este medicamento debe ser empleado únicamente por anestesiólogos. En ciertas situaciones específicas de urgencia en ausencia de un anestesiólogo, el propofol podría ser empleado por médicos no anestesiólogos, de conformidad con la Ley 6 de 1991 y su reglamentación.

# Autores

**Nubia Fernanda Sánchez Bello.** Médica, magíster en Epidemiología clínica. Coordinadora de investigaciones y publicaciones científicas, S.C.A.R.E.

**Gustavo Higuera Redondo.** Médico, anestesiólogo, especialista en Docencia universitaria. Coordinador del Comité de sedación S.C.A.R.E. Docente de posgrado de Anestesiología de la Universidad Metropolitana. Miembro de la Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico (SARAT).

**Bibiana Lorena Tabima Ospina.** Médica, anestesióloga. Miembro del Comité de sedación S.C.A.R.E. Miembro de la Sociedad Antioqueña de Anestesiología (SADEA).

**Camilo Cruz Arciniegas.** Médico, anestesiólogo. Miembro del Comité de sedación S.C.A.R.E. Miembro de la Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Valle del Cauca (SARVAC).

**Antonio José Oyola Yepes.** Médico, anestesiólogo, especialista en Medicina crítica. Docente posgrado, Universidad del Sinú. Miembro de la Sociedad de Anestesiología de Bolívar (SADEB).

**Jorge Humberto Rubio Elorza.** Médico, anestesiólogo, especialista en Anestesiología cardiotorácica. Presidente de la Sociedad Antioqueña de Anestesiología (SADEA). Coordinador del Comité de medicina perioperatoria S.C.A.R.E. Profesor asociado, Universidad CES.

**Raúl Tercero Muñoz.** Médico, anestesiólogo. Miembro del Comité de trauma, vía aérea y reanimación S.C.A.R.E. Miembro de la Sociedad de Anestesiología del Quindío (SAQ).

**Liliana Suárez Aguilar.** Médica, anestesióloga, especialista en Docencia universitaria. Miembro del Comité de sedación S.C.A.R.E. Miembro de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología (SCA).

**William Andrés Vargas Garzón.** Médico, anestesiólogo. Miembro del Comité de sedación S.C.A.R.E. Docente universitario. Miembro de la Asociación Caucana de Anestesiología y Reanimación (ACAR).

**Fernando Blanco Rojas.** Médico, anestesiólogo. Miembro del Comité de sedación S.C.A.R.E. Miembro de la Sociedad Boyacense de Anestesiología y Reanimación (SOBAYRE).

**Salvador Filippo Chimento Vilaro.** Médico, anestesiólogo. Miembro de la Sociedad Cordobesa de Anestesiología S.A.C.O.R.

**La Junta Directiva de S.C.A.R.E. participó activamente en la discusión de este tema y la consolidación del documento final, a continuación se hace un reconocimiento a su participación.**

**Mauricio Vasco Ramírez.** Participante en dos rondas de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Marco Aurelio Pompeyo Hernández.** Participante en una ronda de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Olga Marina Restrepo Jaramillo.** Participante en dos rondas de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Juan Carlos Amaya Lamas.** Participante en una ronda de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Néstor Augusto Sánchez Mojica.** Participante en dos rondas de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Fredy Ariza Cadena.** Participante en dos rondas de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Roque Saúl Palomino Figueroa.** Participante en dos rondas de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Juan José Morales Tuesca.** Participante en dos rondas de consenso formal tipo Delphi, y revisión crítica del documento.

**Alberto Molano.** Revisión crítica del documento.

## Expertos participantes en el consenso

**Fernando Aguilera**

**Geovanny Rodríguez Sánchez**

**Germán Andrés Franco**

**William Díaz Herrera**

**José Luis Melo Barrera**

**María Paula Mahecha Pulido**

**Carlos Fernando Sanabria Botello**

**Juan Carlos Bocanegra Rivera**

**Diego Zuluaga Santamaría**

**María Constanza Basto Duarte**

**Fabián Mauricio Trujillo Monroy**

**César Augusto Bermejo Neira**

**Carlos Alberto Duque Hoyos**

**Alexis René Del Real Capera**

**Rafael Antonio Velásquez Acosta**

## Referencias

1. Mace SE, Barata IA, Cravero JP, Dalsey WC, Godwin SA, Kennedy RM, et al. Clinical policy: Evidence-based approach to pharmacologic agents used in pediatric sedation and analgesia in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2004;44(4):342-77.
2. Luzón-Solanas L, Ollero-Domenche L, Sierra-Moros E-M, Val-Pérez J, Soria-San-Teodoro M-T, Giménez-Júlvez T, et al. Seguridad de la sedación profunda con propofol controlada por el endoscopista en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Estudio prospectivo en un hospital terciario. *Revista Española de Enfermedades Digestivas.* 2018;110:217-22.
3. Metzner J, Domino KB. Risks of anesthesia or sedation outside the operating room: the role of the anesthesia care provider. *Curr Opin Anesthesiol.* 2010;23(4):523-31.
4. Youn AM, Ko Y-K, Kim Y-H. Anesthesia and sedation outside of the operating room. *Korean J Anesthesiol.* 2015;68(4):323-31.
5. Bellolio MF, Gilani WI, Barrionuevo P, Murad MH, Erwin PJ, Anderson JR, et al. Incidence of adverse events in adults undergoing procedural sedation in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med.* 2016;23(2):119-34.
6. Bellolio MF, Puls HA, Anderson JL, Gilani WI, Murad MH, Barrionuevo P, et al. Incidence of adverse events in paediatric procedural sedation in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2016;6(6):e011384.
7. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 97 de 1996, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 6 de 1991, sobre la especialidad médica de Anestesiología [internet]. 1996 [citado 2019 jul. 29]. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-103096\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-103096_archivo_pdf.pdf)

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [internet]. 2014 [citado 2019 jul. 29] Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_2003\\_de\\_2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_2003_de_2014.pdf)
9. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Approv by ASA House Deleg Oct 13, 1999, last Amend Oct 15, 2014.
10. Giovannitti Jr JA. Anesthesia for off-floor dental and oral surgery. *Curr Opin Anesthesiol.* 2016;29(4):519-25.
11. Tobias JD, Leder M. Procedural sedation: a review of sedative agents, monitoring, and management of complications. *Saudi J Anaesth.* 2011;5(4):395.
12. National Institute for Health and Care Excellence. 2018 surveillance of sedation in under 19s: using sedation for diagnostic and therapeutic procedures (NICE guideline CG112). NICE Guid [internet]. 2018 [citado 2019 jul. 29]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg112/resources/2018-surveillance-of-sedation-in-under-19s-using-sedation-for-diagnostic-and-therapeutic-procedures-nice-guideline-cg112-6605936176/chapter/Overview-of-2018-surveillance-methods?tab=evidence>
13. Hinkelbein J, Lamperti M, Akeson J, Santos J, Costa J, Robertis E De, et al. European Society of Anaesthesiology and European Board of Anaesthesiology guidelines for procedural sedation and analgesia in adults. *Eur J Anaesthesiol.* 2017;34:1-19.



