

POSICIONAMIENTO CONJUNTO DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS DE ENDOSCOPIA Y APARATO DIGESTIVO SOBRE LA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA

Las sociedades científicas abajo firmantes queremos expresar nuestro desacuerdo con el reciente comunicado emitido por la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), titulado "Una muerte más que no debería haber ocurrido: la SEDAR exige una regulación urgente de la sedación profunda en España" del 9 de julio.

En primer lugar, queremos trasladar nuestro más sincero pesar por el fallecimiento del paciente y nuestra solidaridad con sus familiares y allegados. Toda complicación grave ocurrida durante un procedimiento sanitario debe analizarse con el máximo rigor para identificar sus causas y promover aquellas medidas que permitan mejorar continuamente la seguridad de los pacientes.

Precisamente por ello, consideramos que el debate sobre la sedación debe sustentarse en la mejor evidencia científica disponible, evitando extraer conclusiones generales a partir de un caso aislado cuyas circunstancias clínicas no han sido esclarecidas públicamente.

La evidencia científica acumulada durante las últimas décadas demuestra que, en pacientes adecuadamente seleccionados y tras una formación específica, la sedación para procedimientos endoscópicos puede realizarse de forma segura por médicos no anestesiólogos entrenados. Diversos estudios, revisiones sistemáticas y metanálisis que incluyen cientos de miles de procedimientos muestran tasas muy bajas de complicaciones graves y resultados comparables a los obtenidos cuando la sedación es administrada por anestesiólogos en procedimientos rutinarios de bajo riesgo (1-6). Estas conclusiones sustentan las recomendaciones de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED), la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE) y la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), que contemplan la administración de sedación por médicos no anestesiólogos debidamente formados y con criterios adecuados de selección de pacientes (7-9).

El principio fundamental que recogen estas recomendaciones no es la especialidad del profesional, sino la adecuada estratificación del riesgo del paciente, la complejidad del procedimiento, la formación específica del médico responsable de la sedación, la monitorización continua y la capacidad para reconocer y tratar de forma inmediata cualquier complicación. Del mismo modo, las recomendaciones de la American Society of Anesthesiologists (ASA) reconocen que la sedación moderada y profunda puede ser realizada por médicos no anestesiólogos

siempre que dispongan de la formación, competencias y recursos necesarios para el rescate de la vía aérea y el manejo de las complicaciones derivadas de la sedación (10-12).

Por ello, consideramos que el modelo asistencial debe basarse en la estratificación del riesgo y en la colaboración entre especialidades. Los pacientes con mayor complejidad clínica, procedimientos de elevado riesgo o situaciones especiales deben contar con la participación del anestesiólogo cuando así esté indicado. En pacientes de bajo riesgo sometidos a procedimientos rutinarios, la evidencia disponible respalda la seguridad de la sedación realizada por médicos específicamente formados, siguiendo protocolos estandarizados y programas de calidad (1-12).

Desde esta perspectiva, anestesiólogos y especialistas que realizan procedimientos diagnósticos o terapéuticos desempeñan funciones complementarias, no excluyentes. Compartimos un objetivo común: ofrecer a cada paciente el modelo asistencial más seguro y adecuado a sus características clínicas. La colaboración multidisciplinar, basada en criterios científicos y organizativos, constituye el mejor marco para alcanzar ese objetivo.

La sedación administrada por el endoscopista se incorporó hace décadas con el objetivo de mejorar la calidad, la tolerancia y la seguridad de los procedimientos endoscópicos, en un contexto en el que la limitada disponibilidad de anestesiólogos hacía inviable su participación sistemática. Estas circunstancias continúan vigentes hoy en día y han favorecido el desarrollo del modelo asistencial actual.

Recordamos que el marco jurídico vigente no establece una reserva competencial exclusiva de la sedación para una determinada especialidad médica. La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, atribuye la responsabilidad profesional al médico que actúa conforme a la *lex artis*, dentro del ámbito de su capacitación y formación, sin establecer exclusividad para este tipo de procedimientos (13). Asimismo, el desarrollo de competencias transversales durante la formación sanitaria especializada constituye un principio expresamente reconocido en la normativa vigente (14).

Debe tenerse igualmente en cuenta la realidad asistencial de nuestro sistema sanitario. El modelo actual, basado en la estratificación del riesgo y en la colaboración entre especialidades, ha permitido realizar de forma segura un elevado volumen de procedimientos endoscópicos. La práctica de la sedación dirigida por el endoscopista constituye además el modelo predominante en la mayoría de hospitales españoles y europeos (15). Cualquier modificación organizativa que implique la participación obligatoria de un anestesiólogo en todos los procedimientos debería

sustentarse en evidencia científica que demostrase una mejora significativa en los resultados clínicos y valorar cuidadosamente su impacto sobre la accesibilidad de los pacientes, la eficiencia del sistema sanitario y los tiempos de espera.

Las sociedades científicas firmantes reiteramos nuestro compromiso con la formación continuada, la acreditación de competencias y la mejora permanente de la calidad asistencial. Consideramos prioritario impulsar programas formativos estructurados y acreditados en sedación para las diferentes especialidades que la emplean en su práctica clínica, en línea con las recomendaciones internacionales y con la experiencia acumulada durante años en nuestro país (16).

Queremos trasladar finalmente un mensaje de tranquilidad a los pacientes. La sedación utilizada en endoscopia digestiva y en otros procedimientos se desarrolla siguiendo protocolos establecidos, con criterios de selección clínica, monitorización continua y profesionales específicamente formados. Cada paciente debe recibir el tipo de sedación y el nivel de soporte asistencial que mejor se adapte a su situación clínica, garantizando siempre el máximo nivel de seguridad compatible con la evidencia científica disponible.

Toda sedación debe realizarse en el marco de un consentimiento informado adecuado, libre y suficientemente documentado. El paciente tiene derecho a conocer la naturaleza del procedimiento, el tipo de sedación propuesta, sus beneficios, riesgos, alternativas razonables y el profesional responsable de su administración, de manera que pueda adoptar una decisión plenamente informada. Este deber de información constituye una garantía esencial de la autonomía del paciente y debe cumplirse con el mismo rigor, con independencia de la especialidad del médico que administre la sedación y siempre de acuerdo con la legislación vigente y los principios de la *lex artis*.

Asimismo, lamentamos el tono empleado en el comunicado de la SEDAR, que consideramos innecesariamente alarmista y más propio de una estrategia de comunicación dirigida a generar impacto y no a un posicionamiento científico. Entendemos que las discrepancias entre sociedades científicas deben plantearse desde el rigor de la evidencia, el respeto entre profesionales y la responsabilidad institucional, evitando mensajes que puedan generar alarma injustificada en la población o menoscabar la confianza en otros médicos. Consideramos que este enfoque resulta difícilmente conciliable con los principios de respeto, lealtad y colaboración entre profesionales que inspiran el Código de Deontología Médica.

Confiamos en que este debate pueda desarrollarse desde el respeto entre especialidades, el análisis objetivo de la evidencia científica y la búsqueda compartida de las mejores soluciones para nuestros pacientes.

13 de julio de 2026

Documento suscrito por las siguientes sociedades científicas:

Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Asociación Española de Gastroenterología (AEG)

Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU)

Asociación Española de Pancreatología (AESPANC)

Asociación Castellana de Aparato Digestivo (ACAD)

Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD)

Sociedad Canaria de Aparato Digestivo (SCPD)

Societat Catalana de Digestologia (SCD)

Sociedad de Aparato Digestivo de Extremadura (SADEX)

Sociedad de Aparato Digestivo de la Región de Murcia (SADRM)

Sociedad Gallega de Patología Digestiva (SGPD)

Sociedad Valenciana de Patología Digestiva (SVPD)

Sociedad Vasconavarra de Patología Digestiva (SVNPD)

Documento abierto a la adhesión de otras sociedades científicas que compartan su contenido.

Referencias

1. Johnson G, Okoli GN, Askin N, Abou-Setta AM, Singh H. Propofol for sedation during colonoscopy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;10:CD006268. doi: 10.1002/14651858.CD006268.pub3. PMID: 41147535; PMCID: PMC12560212.
2. Mandarino FV, Fanti L, Barchi A, Sinagra E, Massimino L, Azzolini F, Viale E, Napolitano M, Salmeri N, Agostoni M, Danese S. Safety and tolerability outcomes of nonanesthesiologist-administered propofol using target-controlled infusion in routine GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2024 Jun;99(6):914-923. doi: 10.1016/j.gie.2023.12.023. Epub 2023 Dec 19. PMID: 38128787.
3. Lin OS, La Selva D, Kozarek RA, Weigel W, Beecher R, Gluck M, Chiorean M, Boden E, Venu N, Krishnamoorthi R, Larsen M, Ross A. Nurse-Administered Propofol Continuous Infusion Sedation: A New Paradigm for Gastrointestinal Procedural Sedation. *Am J Gastroenterol*. 2021 Apr;116(4):710-716. doi: 10.14309/ajg.0000000000000969. PMID: 33982940.
4. Wadhwa V, Issa D, Garg S, Lopez R, Sanaka MR, Vargo JJ. Similar Risk of Cardiopulmonary Adverse Events Between Propofol and Traditional Anesthesia for Gastrointestinal Endoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017 Feb;15(2):194-206. doi: 10.1016/j.cgh.2016.07.013. Epub 2016 Jul 21. PMID: 27451091.
5. Daza JF, Tan CM, Fielding RJ, Brown A, Farrokhyar F, Yang I. Propofol administration by endoscopists versus anesthesiologists in gastrointestinal endoscopy: a systematic review and meta-analysis of patient safety outcomes. *Can J Surg*. 2018 Aug;61(4):226-236. doi: 10.1503/cjs.008117. PMID: 30067180; PMCID: PMC6066388.
6. Mandarino FV, Gribaudo G, Salmeri N, Fanti L, Barchi A, Massimino L, Fasulo E, Dell'Anna G, Azzolini F, Viale E, Vespa E, Quario L, Facciorusso A, Fuccio L, Mantovani LG, Cortesi PA, Danese S. Impact of Non-Anesthesiologist-Administered Propofol Sedation for Outpatient Endoscopy in the Healthcare System. *DEN Open*. 2025 Jun 5;6(1):e70151. doi: 10.1002/deo2.70151. PMID: 40487568; PMCID: PMC12140971.
7. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Sedación en endoscopia digestiva. Guía de práctica clínica de la SEED. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014;106:195-211.
8. Dumonceau JM, Riphaus A, Schreiber F, et al. Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015;47:1175-1189.

9. Early DS, Lightdale JR, Vargo JJ, et al. Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2018;87:327-337.
10. American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2002;96:1004-17.
11. American Society of Anesthesiologists. Statement on Granting Privileges for Administration of Moderate Sedation to Practitioners Who Are Not Anesthesia Professionals. October 13th, 2021 (www.asahq.org)
12. American Society of Anesthesiologists. Statement on Granting Privileges for Deep Sedation to Non-Anesthesiologist Physicians. October 26th, 2022 (www.asahq.org)
13. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-12015>)
14. Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las pruebas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud. (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-12015>)
15. Triantafyllou K, Sidhu R, Tham T, Tziatzios G, Guy C, Messmann H, Arvanitakis M, Hassan C, Bisschops R, Gralnek IM. Sedation practices in Gastrointestinal Endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) survey. *Endoscopy*. 2024;12:964-974. (<https://www.esge.com/sedation-practices-in-gastrointestinal-endoscopy-esge-survey>)
16. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Programa de formación en sedación para endoscopia digestiva. (<https://www.wseed.org/index.php/cursos/cursos-organizados-por-la-seed/cursos-sedacion/cursos-sedacion-2026>)