

A sedação é definida como uma depressão do nível de consciência induzida por medicamentos. Em endoscopia digestiva, destaca-se entre os objetivos da sedação a redução da ansiedade e do desconforto do paciente, permitindo a execução do procedimento de forma mais eficaz. Apesar de seus benefícios, a sedação é responsável pela maioria dos eventos adversos que ocorrem durante endoscopia digestiva, devendo-se ter conhecimento pleno sobre os fármacos mais utilizados, considerando suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas.

Pacientes portadores de cirrose hepática necessitam realizar exames endoscópicos com frequência, sejam eles procedimentos diagnósticos (avaliação das complicações da hipertensão portal, investigação de sintomas dispépticos, rastreamento de neoplasias) ou terapêuticos, destacando-se neste último grupo, o tratamento da hemorragia digestiva varicosa.

No entanto, além das complicações relacionadas à hipertensão portal, a cirrose hepática altera significativamente o metabolismo de drogas, o que pode interferir de maneira significativa no resultado da sedação aumentando o risco para complicações. Pacientes cirróticos parecem ser mais suscetíveis a complicações relacionadas à sedação, possivelmente por fatores relacionados ao metabolismo dos fármacos, resultando em níveis plasmáticos mais elevados e a um clearance reduzido dos sedativos. Apesar disso, não existem recomendações específicas para orientação da sedação em pacientes cirróticos.

Vários estudos avaliaram as consequências de diversos esquemas de sedação nos pacientes com cirrose hepática. O propofol parece ser uma alternativa segura e eficaz para sedação destes pacientes, sendo sugerido como droga de escolha. É importante destacar que o médico que realiza a sedação com o propofol deve conhecer e compreender o metabolismo das drogas no contexto da insuficiência hepática e, neste grupo de pacientes, este fato pode indicar a necessidade de intervenção do anestesiológico.

O perfil farmacocinético do propofol não parece se alterar significativamente em pacientes cirróticos. Por outro lado, os benzodiazepínicos são eliminados quase que exclusivamente pelo fígado. É importante citar que um número considerável de pacientes cirróticos que se apresentam para realização de procedimentos endoscópicos demonstra sinais de encefalopatia mínima que pioram após o uso de midazolam. Este fato parece estar relacionado com pior grau de insuficiência hepática (maior risco nos pacientes com Child C) e com doses mais elevadas do midazolam. Por esse motivo, esquemas alternativos aos benzodiazepínicos para sedação devem ser considerados.

Outras vantagens do propofol neste grupo de pacientes são tempo de indução mais rápido, a meia vida mais curta e a ausência da necessidade de ajuste de dose na insuficiência hepática. No entanto, não possui antagonista e deve-se considerar a sua administração por profissional exclusivamente dedicado e treinado. É seguro e eficaz tanto para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, eletivos ou não, nestes pacientes.

Estudo randomizado realizado em São Paulo, incluindo 210 pacientes cirróticos, comparou esquemas de sedação utilizando midazolam ou propofol associados a fentanil em pacientes submetidos a procedimentos eletivos ambulatoriais. O propofol mostrou-se mais eficaz, permitindo um tempo de recuperação mais curto e sem diferenças com relação a complicações imediatas quanto comparados ao

midazolam. Estes dados foram reforçados por uma metanálise publicada em 2015, envolvendo 433 pacientes cirróticos. Neste estudo, os eventos adversos foram semelhantes entre o propofol e o midazolam, com eficácia superior do propofol.

Em resumo, pacientes cirróticos são mais suscetíveis a complicações relacionadas à sedação em endoscopia digestiva. Não há consenso sobre a sedação ideal nestes pacientes. O propofol é uma alternativa segura e deve ser sempre considerada neste grupo de pacientes.

Referências

Agrawal A, Sharma BC, Sharma P, Uppal R, Sarin SK. **Randomized controlled trial for endoscopy with propofol versus midazolam on psychometric tests and critical flicker frequency in people with cirrhosis.** *J Gastroenterol Hepatol.* 2012 Nov;27(11):1726-32.

Ahmed SA, Selim A, Hawash N, Tawfik AK, Yousef M, et al. **Randomized Controlled Study Comparing Use of Propofol Plus Fentanyl versus Midazolam Plus Fentanyl as Sedation in Diagnostic Endoscopy in Patients with Advanced Liver Disease.** *Int J Hepatol.* 2017
<https://doi.org/10.1155/2017/8462756>.

Correia LM, Bonilha DQ, Gomes GF, Brito JR, Nakao FS, et al. **Sedation during upper GI endoscopy in cirrhotic outpatients: a randomized, controlled trial comparing propofol and fentanyl with midazolam and fentanyl.** *Gastrointest Endosc* 2011;73:45-51.

Early DS, Lightdale JR, Vargo JJ, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al. **Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy.** *Gastrointest Endosc.* 2018 87(2):327-337.

Haq MM, Faisal N, Khalil A, Haqqi SA, Shaikh H, Arain N. **Midazolam for sedation during diagnostic or therapeutic upper gastrointestinal endoscopy in cirrhotic patients.** *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012 Oct;24(10):1214-8.

Horsley-Silva JL, Vargas HE. **Gastrointestinal endoscopy in the cirrhotic patient.** *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015 Jul;9(7):1005-13.

Dra Lucianna Correia

Residência médica em Gastroenterologia e Endoscopia digestiva (UNIFESP)

Doutora em Gastroenterologia (UNIFESP)

Professora da disciplina de gastroenterologia da UFRN

Médica endoscopista do Hospital Universitário Onofre Lopes e da Policlínica/ Liga Norte-rio-grandense contra o Câncer

