



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local**

**“Fortalecimiento de la calidad de atención del servicio de endoscopía digestiva del hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja período comprendido enero-julio 2011”**

**Tesis de grado**

**Autora:**

**Verónica Isabel Astudillo Ontaneda Dra.**

**Directora:**

**Norita Angelita Buele Maldonado Dra.**

**Centro Universitario Loja**

**2012**

## **CERTIFICACIÓN**

Dra.

Norita Buele

**DIRECTORA DE TESIS**

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS IESS LOJA PERÍODO COMPRENDIDO ENERO-JULIO 2011” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado en la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el Tribunal respectivo.

Loja, Marzo de 2012

Dra. Norita Buele

## CESIÓN DE DERECHO

Yo Verónica Isabel Astudillo Ontaneda declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o Acciones legales

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad “.

f.....

**Autor**

**Cedula**

## **DEDICATORÍA**

El presente trabajo va dedicado de forma especial, a mis padres, hijas y esposo que muy pacientemente me han apoyado en la consecución de esta Maestría.

Loja, Marzo de 2012

Dra. Verónica Astudillo

## **AGRADECIMIENTO**

Dejo constancia de mi especial agradecimiento al personal docente y administrativo responsable de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la generosa oportunidad brindada de seguir esta Maestría que me ha permitido el mejoramiento y capacitación profesional.

Agradezco a los Directivos Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja, y de manera especial a la Dra. Norita Buele quien me brindó todas las facilidades para el desarrollo y culminación del presente proyecto de acción.

**LA AUTORA**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PRELIMINARES</b>	<b>PÁGINAS</b>
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de Contenidos	vii
Resumen Ejecutivo	viii
<b>APARTADOS</b>	
Introducción	1
Problematización	3
Justificación	6
Objetivos	8
CAPITULO I Marco Teórico	9
CAPITULO II Diseño Metodológico	29
CAPITULO II Resultados, Conclusiones y Recomendaciones.	38
APENDICE	66

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El Hospital Manuel Y. Monteros es un unidad médica de nivel II de complejidad, que presta servicios de hospitalización y ambulatorio en las especialidades básicas, siendo una de las áreas con mayor dinamismo poblacional, el servicio de endoscopia.

En la actualidad resulta primordial ofertar servicios de salud de calidad, es por ello que se diseñó el presente proyecto de acción con la metodología del marco lógico, el cual está dirigido a todo el personal médico y enfermería que labora en el servicio de endoscopia del H.M.Y.M. del IESS Loja, que tiene como propósito fortalecer la calidad de atención a los usuarios externos de la institución, mediante la aplicación de herramientas de gestión que permitan de esta forma optimizar los recursos y tiempo, aumentando de esta manera la cobertura de atención.

Los resultados obtenidos en el desarrollo de este proyecto de acción fueron: la capacitación personal de enfermería para el manejo y desinfección de equipos endoscópicos en un 100%, la implementación en un 90% del área física, y la instauración de una normativa y protocolos para los procedimientos endoscópicos.

# 1 INTRODUCCIÓN

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.

La endoscopia digestiva ha sufrido un desarrollo notable en los últimos años, consistente en la universalización de la técnica en hospitales secundarios y la puesta en marcha de unidades más complejas en centros terciarios, mediante la implementación de técnicas intervencionistas avanzadas. Ello, unido a un crecimiento sostenido en el número de procedimientos, paralelo a la demanda generada en múltiples ámbitos clínicos, justifica la redefinición de unos nuevos estándares de calidad para la realización de este procedimiento.

Asimismo, esta mayor complejidad hace necesario disponer de médicos endoscopistas, con dedicación a veces exclusiva y de personal de enfermería y auxiliar con un entrenamiento específico. La mejora continua de la seguridad y la calidad en esta técnica para con nuestros pacientes, nos obliga además a establecer unos requisitos mínimos de material y espacio físico en cada centro, independientemente de su nivel asistencial.

Considerando que el hospital del IESS hoy más que nunca, tiene la responsabilidad de garantizar la calidad de la atención para lograr la satisfacción de la demanda creciente que hoy atraviesa brindando servicios seguros, oportunos, personalizados, humanizados, integrales y continuos, es meritorio plenamente la elaboración e implementación de protocolos y normas, la capacitación del personal de enfermería en el manejo de los equipos, así como la gestión de la reestructuración del área física, que permita desarrollar los procesos que influyan en la estructura y organización del servicio de endoscopía.

Por tal motivo se considera oportuno la realización de éste proyecto de acción en Salud del Hospital IESS Loja, refiriéndome específicamente al Área de

endoscopia, empleando como metodología de trabajo, la investigación de cierta normativa, doctrina y la interpretación que ha tenido la jurisprudencia en este tema, que permitieron la construcción de los resultados.

## PROBLEMATIZACIÓN

La atención en salud constituye toda una cadena de procesos, hasta completar el servicio. Cada una de las personas que participan en esta cadena necesitarán saber quién es su cliente interno -dentro de la Organización- y cómo todas y cada una de las veces satisfacen sus necesidades para poder proyectar su actividad hacia el usuario final o las personas que asisten al servicio, en demanda de atención sanitaria.

El servicio que se recibe en una institución de Salud puede tener consecuencias serias a largo plazo afectando, el flujo de clientes a atender, lo que repercutiría en poca práctica y por lo tanto poca experiencia clínica del personal que lo conforma, además de afectar enormemente al prestigio de la institución, lo que puede implicar una disminución de la credibilidad en la institución.

La necesidad de fortalecer la calidad de atención en los servicios de salud y afines y la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud, han generado acciones para normalizar las condiciones de operación de los establecimientos que actúan o prestan servicios, directa o indirectamente, en materias ligadas con la salud y el bienestar de las personas.

Debido a esto, en los últimos años las tendencias administrativas se han dirigido hacia la creación de una cultura de servicio por medio de enfoques gerenciales que proporcionan métodos y herramientas para transformar una organización en un negocio dirigido al cliente y orientado hacia el servicio, consagrando la excelencia como el norte de cualquier acción emprendedora.

Entre estas herramientas, donde el valor de satisfacer al cliente se agrega al producto o servicio, lo cual permite a la compañía sobrevivir y prosperar, a través de un estrecho contacto con las realidades del lugar de trabajo, con la finalidad de solucionar cualquier problema que surja en el mismo y poder de esa manera realizar una buena labor mediante la reducción de restricción, por tanto como sea posible<sup>1</sup>

Sin embargo, de no realizarse un servicio de buena calidad en la atención al cliente, puede surgir en la organización alejamiento de éstos hacia otras entidades, es decir, baja en el aspecto de competitividad, decaen las metas, métodos y programas utilizados para el logro de un nivel gerencial, surgen problemas en cuanto a la tecnología, recursos humanos y técnicas administrativas, lo cual trae consigo una

---

<sup>1</sup>CHIAVENATO, I. (1995) Introducción a la Teoría General de la Administración. Editorial McGraw Hill. Colombia

disminución en la productividad de la institución por parte de la gerencia de sus empleados

Bajo estas conceptos y teniendo como base las observaciones, en la práctica diaria desarrollado en el servicio de Endoscopia del Hospital Manuel Ygnacio Montero de Loja, con la participación de informantes claves como: afiliados, compañeros de trabajo y quienes cumplen funciones administrativas, y posterior a la realización de un diagnóstico situacional crítico y consensuado se ha logrado determinar la que existe la ausencia de una normativa que intervengan en la estructura de organizacional y funcionamiento del servicio de endoscopia a esto se ha sumado el espacio físico reducido , talento humano deficiente ante la demanda de procedimientos endoscópicos, etc ha traído consigo múltiples problemas que se han visto reflejados en una desmejoramiento de la calidad de atención al usuario externo.

La falta de una normativa organizacional y funcional además ha traído una oferta inadecuada del servicio de endoscopia a esto se agrega el empleo de políticas poco adecuadas como la falta de implementación de un espacio adecuado, cambio o sustitución de equipos, el atraso en la reparación, la escasa o casi nula capacitación del personal, escaso personal así como manejo de los equipos por personal no entrenado ha dado como resultado que la calidad del servicio de endoscopia haya decrecido.

El conocimiento de estas falencias ha sido gracias a las encuestas realizadas a los usuarios internos y externos del servicio de endoscopia del H. M. Y. M IESS Loja cuyos resultados revelaron que mas del 60% de los afiliados considere que en esta casa de salud existe un deficiente espacio físico para la realización de los procedimientos, así como una pobre información y tiempo de espera prolongado pa , calificando como mala la calidad de atención en el mayor porcentaje, seguido de cerca por aquellos que consideran buena la calidad de atención, de igual manera se hizo evidente las limitaciones como servicio en lo que respecta a una normativa organizacional y de actuación en el desarrollo de los procedimientos endoscópicos, por lo que considero necesario que fortalecer los procesos funcionales y estructurales del servicio de endoscopía del HMYM IESS Loja, es un ente prioritario que tendrá un impacto en la estructura organizacional del servicio, permitiendo un

incremento en la calidad de los servicios prestados en este departamento y por ende un mejor prestigio institucional.

## JUSTIFICACIÓN

La calidad se ha convertido en un argumento inevitable y forzoso en los distintos ámbitos de la vida actual planteándose como un concepto estratégico en el desarrollo de la misión, las políticas, los objetivos, las normas y procedimientos, de cualquier tipo de organización.

Los cambios que ocurren en el mundo que nos rodea exigen de todas las organizaciones ya sean estas públicas o privadas una capacidad de adaptación e innovación constante, estas exigencias y tecnologías nuevas generan presiones para establecer nuevas formas de proceder para aumentar el impacto de la institución en la comunidad.

Los hospitales como prestadores de servicios de relevancia social deben estar atentos al desarrollo de tecnologías no solo para adaptaciones temporales para circunstancias favorables, sino para acciones gerenciales ya que el aprovechamiento al máximo de los conocimientos mejorara la eficiencia y eficacia al prestar los servicios.

El progreso de los hospitales puede ser visto como resultado de la capacidad gerencial de responder a los desafíos impuestos por los cambios de la sociedad, económicos, políticos y tecnológicos

En la actualidad el desarrollo de la ciencia médica que impone tratamientos y métodos diagnósticos variados e individuales que exigen una estructura compleja para su ejecución, es entonces importante señalar que un servicio de endoscopia digestiva requiere utillaje completo, médicos endoscopistas, enfermeras y personal auxiliar , así como espacios físicos adecuados.

Esto mismo genera que se refuercen ideas sobre eficiencia y racionalidad que antes era de segundo plano, la función administrativa gana mayor espacio en el hospital ya que se integra a varias actividades de asistencia y no se ve como una instancia de apoyo.

Actualmente el Hospital IESS de Loja constituye un centro de referencia local y regional, con una elevada demanda de pacientes, con una alta tasa de productividad anual, por lo cual está obligado a un mejoramiento continuo en la

calidad de prestación de servicios los cuales son inherentes al establecimiento de procesos y lineamientos que permitan normar las actividades de cada uno de los servicios de esta institución.

Es innegable entonces la importancia el mejorar la calidad de atención mediante la implementación normas, y protocolos de atención en el servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Manuel Ygnacio Montero que permitirá establecer las directrices que definen las cualidades deseadas que debe reunir la organización y funcionamiento de un servicio permitiendo entonces su calificación como tal dentro del sistema de salud; esto ligado al hecho que parte de la validación de estos está dado por la Auditoria médica que se ha convertido en una herramienta imprescindible en la gestión medica moderna, precisamente por ser la una de las más importantes formas de asegurar la calidad en la atención de la Salud.

Considerando que la institución hoy más que nunca, tiene la responsabilidad de garantizar la calidad de la atención para lograr la satisfacción de la demanda, brindando servicios organizados íntegramente , se justifica plenamente la implementación de una normativa que rija la organización y funcionalidad del servicio de Endoscopia del Hospital IESS Loja, lo cual tendrá una repercusión en el desarrollo armónico y racionalizado de los procedimientos llevado a cabo por los usuarios internos reflejado en una mejor calidad de atención brindada al usuario externo

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden al servicio de Endoscopia del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja, mediante la implementación de herramientas de gestión que permitan cumplir todas las expectativas y requerimientos que anhela el afiliado.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Capacitación del personal de enfermería en el manejo y desinfección de los equipos de endoscopia.
2. Implementación del espacio físico del área de endoscopia.
3. Implementación de normas y protocolos de actuación en los procedimientos endoscópicos.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

## **MARCO INSTITUCIONAL**

### **Aspectos Geográficos**

#### **Provincia de Loja**

La Provincia de Loja se encuentra ubicada al sur del territorio nacional, su superficie es de 11.027.1KM<sup>2</sup>, limita al norte con la provincia del Azuay y El Oro, al sur con la República del Perú, al este con la provincia de Zamora Chinchipe. Su capital provincial es Loja, situada a una altitud de 2.220 metros de altura sobre el nivel del mar.

Se divide en 16 cantones que son: Loja, Calvas, Catamayo, Celica, Chaguarpamba, Espíndola, Gonzanamá, Macará, Paltas, Puyango, Saraguro, Sozoranga, Zapotillo, Pindal, Quilanga y Olmedo, distribuidas en 24 parroquias urbanas y 74 parroquias rurales.

La provincia de Loja se encuentra ubicada en la parte alta de la hoya del Jubones, entre los valles de Malacatos, Vilcabamba,,Catamayo, Puyango y Macará, su relieve es montañoso, sus ríos más importantes son Puyango, Catamayo, Jubones, Macará que desembocan en la cuenca del Pacífico, y el Zamora que desemboca en el Amazonas, siendo sus principales ejes vales.. El clima es subtropical seco con variaciones a consecuencia de las zonas geográficas. Su temperatura promedio es 16 grados centígrados.

#### **UBICACIÓN DEL HOSPITAL MANUEL Y. MONTEROS DEL IESS DE LOJA**

El Hospital Manuel Y. Monteros del IESS de Loja se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, capital de la provincia del mismo nombre, entre las calles Machala y Santo Domingo de los Colorados, ocupando una área de aproximadamente siete mil metros cuadrados.

- **DINAMICA POBLACIONAL**

El Hospital del IESS Manuel Ignacio Monteros, es un prestador de servicios de salud a los afiliados, jubilados y derechohabientes de la provincia de Loja, así como a la colectividad en general. Su funcionamiento se inicia en 1989; siendo su área de influencia la región sur del país, que incluye las provincias de Loja, Zamora y la parte alta de El Oro.

Es una unidad de Nivel de Complejidad II, cuenta con el Certificado de Acreditación Completa emitido por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con vigencia hasta febrero del 2011. Se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, capital de la provincia del mismo nombre, entre las calles Machala y Santo Domingo de los Colorados, ocupando una área de aproximadamente siete mil metros cuadrados.

La actual administración de esta Unidad, se compromete con la propuesta de mejoramiento institucional, participando activa y efectivamente en el proceso; sin embargo como toda transformación requiere de voluntades y tiempo, ellas se irán sumando progresivamente, por lo que si bien existen algunos procesos asistenciales y de gestión administrativa implementados que cuentan con resultados exitosos, aún falta mucho por hacer hasta alcanzar lo requerido por la ciudadanía como son mayor cobertura y mejor calidad en los servicios de salud que recibe.

El Hospital es una Unidad de referencia de los 18 Dispensarios Anexos, de las Unidades de Atención Ambulatoria de Cariamanga, Macará, Celica y Zamora; así como de los 56 Dispensarios del Seguro Social Campesino de las provincias de Loja y Zamora Chinchipe.

- **MISIÓN**

El hospital Manuel Y. Montero del IESS, es una unidad dinámica de referencia regional, con personal formado científica, ética y humanísticamente, presta atención de salud integral, oportuna y de calidad en: cirugía, clínica, cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico; mediante equipos de trabajo multi e interdisciplinarios, y recursos suficientes que contribuyen a satisfacer las necesidades del usuario/a y su familia y mejorar su calidad de vida.

- **VISIÓN**

El Hospital Manuel Y. Montero del IESS, en el año 2013 será una unidad de servicio público, asistencial y docente, que presta salud integral a los usuarios/as, con ética, calidad y calidez; respetando su identidad, educación y cultura; con servidores capacitados y recursos suficientes acorde a sus demandas, que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población de la región sur del Ecuador.

## Organización Administrativa

### Personal que dispone el Hospital Manuel Y. Montero

<b>PERSONAL</b>	<b>Nro.</b>
Auxiliar contable	7
Auxiliar de enfermería	46
Auxiliar de farmacia	4
Auxiliar de guardalmacén	1
Auxiliar de laboratorio	3
Auxiliar de lavandería	5
Auxiliar de servicios de alimentación	10
Auxiliar de servicios de limpieza	9
Auxiliar de servicios generales	3
Chofer	2
Conserje	1
Enfermeras profesionales	55
Fisioterapistas	4
Guardias	5
Informático	1
Internos rotativos	13
Médicos residentes asistenciales	10
Médicos especialistas	18
Médicos generales	3
Médicos de postgrado	10
Nutricionista	1
Odontólogo	2
Psicólogo	1
Químico-Farmacéutico	1
Secretaria	2
Técnico de mantenimiento	1
Tecnólogo médico	4
Trabajadora Social	3
Asistentes Administrativos	7

Analistas Administrativos	2
Asistente Económico	1
Bioquímico	1
Albañil	1
Auxiliar de Mantenimiento	1
Auxiliar de Camilleros	4
Auxiliar de Equipo Médico	2
Cocinero	2
Electromecanico	2
Jardinero	1
Oficinistas	7
Fisioterapistas	3
Electricistas	1
Costurera	1
Mecanico	1
Telefonista	2

**PERSONAL QUE DISPONE EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL  
MANUEL YGNACIO MONTEROS.**

<b>PERSONAL</b>	<b>Nro.</b>
Licenciada	1
Operadora de equipos	1
Gastroenterólogos (variable)	2
Postgradistas	1

**Planta Física**

<b>MATERIALES Y EQUIPOS</b>	<b>Nro.</b>
Habitación de 10 x 10 m <sup>3</sup>	1
Equipo de Endoscopia Fujinon	1
Equpo de Endoscopia de Magnificacion con NBI Olympus	1
Gastros copios	3

Duodnoscopios	1
Ecoendoscopia	1
Colonoscopios	2
Rectoscopios	1
Computadoras	2
Impresoras	2
Escritorios	2
Equipo de succión	2
Pinzas varias de endoscopia	20
Utelería e insumos en general	

### **Servicios que presta la institución**

El Hospital Manuel Y. Monteros es una unidad médica de nivel II de complejidad. Presta servicios de Hospitalización y Ambulatorio a los afiliados, jubilados y derechohabientes de la provincia de Loja, así como a la colectividad en general. Su funcionamiento se inicia en 1989; siendo su área de influencia la región sur del país, que incluye las provincias de Loja, Zamora y la parte alta de El Oro.

Cuenta con 81 Camas en las área de especialidades clínicas, quirúrgica, materno infantil y Terapia intensiva, dispone de una Sala de Emergencia y Urgencias, Observación, Unidad Quirúrgica con 4 Quirófanos , 1 Sala de partos y un departamento de Endoscopia,; brinda atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

Dispone de las siguientes especialidades:

Medicina General, Medicina Interna, Cardiología, Nefrología, Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Neumología, Psiquiatría, Dermatología, Cirugía General, Cirugía Urológico, Cirugía Vascular, Oftalmología, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Medicina Física y Rehabilitación, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y recientemente Oncología clínica.

## Datos Estadísticos de Cobertura

### ANÁLISIS DE LA DEMANDA

**Población del territorio:** 450000 Habitantes (Provincia de Loja, Zamora Chinchipe y parte alta del Oro.

**Crecimiento Poblacional:** 1.44%

#### POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL IESS:

##### UNIVERSO DE AFILIADOS

	Provincia	Afiliados Informe actuarial Diciembre 2010	Pensionistas	SSC 20% a segundo nivel	TOTAL
7	El Oro	35.622	6.715	4.101	46.438
12	Loja	55.000	6.709	21.200	79.909
34	Zamora Chinchipe	5.356	287	3.527	8.900

La población descrita corresponde al área de influencia que tiene la unidad, para resolver las referencias de las dos provincias vecinas como en Zamora Chinchipe y la parte alta de El Oro

#### POBLACIÓN ANUAL BENEFICIARIA DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA

PROCEDIMIENTO	Número	Porcentaje
GASTROSCOPIA	1850	72.25 %
COLONOSCOPIA	240	9.47%
RSC	384	15,16%
CPRE	96	3.79%
UES	11	0.43%
TOTAL	2533	100%

## ANALISIS DEL PROCESO DE SALUD –ENFERMEDA

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>%</b>
Gastritis Crónica	67,59
Gastritis Erosiva	6,48
Gastritis Crónica Difusa	6,02
Hernia de Hiato	2,78
Hernia de Hiato con Esofagitis	4,17
Variz esofágicas	0,93
Variz gástricas	1,39
Gastritis Gastrectomizados	0,46
Acalasia	0,46
Duodentis	0,46
Úlcera Gástrica	0,93
Úlcera Duodenal	1,85
Hemorragia Variceal	0,93
Hemorragia Úlcera Gástrica	0,93
Esofagitis	3,24
Pólipo ulcerado gástrico	0,93
Polipo ulcerado duodenal	0,46
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

### MORBILIDAD SERVICIO DE ENDOSCOPIA

### SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GASTROENTEROLOGÍA

<b>PATOLOGÍA</b>	
	<b>%</b>
Gastritis Crónica	86,38
Acalasia	0,43
Úlcera Gástrica	1,28
ERGE	7,87
Hemorragia Úlcera Gástrica	0,43
Esofagitis	0,43
Polipo ulcerado gástrico	0,21
Ca Gástrico	0,21
Dispepsia Funcional	1,28
Úlcera Duodenal	0,64
Hernia y Esofagitis	0,85
	100,00

## SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

PATOLOGÍA	
	%
Úlcera Gástrica	14,29
Hemorragia Variceal	14,29
Hemorragia Úlcera Duodenal	14,29
H. Úlcera Gástrica y Duodenal	42,86
Esofagitis	14,29
	100,00

- **Características Geofísicas**

El hospital Manuel Y. Monteros de Loja, está constituido por un edificio de 5 pisos, cuenta con 81 cama en las áreas de especialidades clínicas, quirúrgicas, materno infantil y terapia intensiva, dispone de una Sala de Emergencia y Urgencias, Observación, una Unidad Quirúrgica con 4 Quirófanos 1 sala de partos, y un departamento de Endoscopia.

### **Servicio de Endoscopia**

El servicio de endoscopia se localiza en la quinta planta del edificio principal del hospital del IESS, posee una extensión de 10 x 8 mts<sup>3</sup>, cuyo espacio se ha distribuido para en 2 sectores un sector ocupado como vestidor del personal, lavabos para lavado de equipos y almacenamiento de material, y el segundo sector destinado para la colocación de equipos endoscópicos para los procedimientos y área pequeña en donde se encuentra el computador para la realización de informes.

- **Políticas de la Institución**

Definidas como guías que dirigen el accionar de la organización:

- Capacidad, voluntad y compromiso de los usuarios internos para asumir nuevos roles y competencias, compartiendo vivencias como actores y no solamente como observadores.
- Actitud proactiva en el cumplimiento de Leyes y normas, mediante formulación de propuestas con criterios y observaciones que permitan el perfeccionamiento de las mismas.

- Transparencia en los procesos de dirección y gestión, privilegiando las necesidades colectivas a los intereses individuales y de grupo.
- Total disposición organizacional para ampliar cobertura a nuevos grupos poblacionales.
- Promoción y apoyo a la rendición de cuentas y participación social.
- Establecer el monitoreo, seguimiento y evaluación del cumplimiento de acuerdos, procesos, convenios y resultados de la gestión.

El Estado Ecuatoriano está en la obligación de tomar las políticas necesarias para mantener y mejorar las condiciones de vida y salud de los ecuatorianos, se considera que estos deben ser los gestores de políticas para la salud Pública, en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del usuario, han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad

## **MARCO TEORICO CONCEPTUAL**

### **CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario.<sup>2</sup>

Sin embargo, la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable aunque ellos tengan ciertos valores encunto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud.

Esto incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar un diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además el nivel cultural, nivel de escolaridad entre otros, constituyéndose la calidad

---

<sup>2</sup> Katia Caballero Rodríguez El concepto de "satisfacción en el trabajo" y su proyección en la enseñanza" Universidad de Granada 2002

de la atención desde el punto de vista del paciente un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad, en relación con el diagnóstico tratamiento.

La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el coste de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a estar en dependencia del problema presentado.

Se ha encontrado que los usuarios/as de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía.

Para ello debe establecerse de manera sistematizadas estudios que evalúen la satisfacción del usuario y la prestación. Además garantizar el monitoreo de los factores carentes de insatisfacción en la población y aportar dentro de las políticas programas de mejora continua de la calidad.

Tomando en cuenta que la calidad de los servicios es una variable estratégica esencial una fuente competitiva dentro del mercado ya sea privada o pública.

El servicio en sí mismo es un valor y el personal surge como una herramienta primordial para lograr la satisfacción del usuario y obtener lealtad

Se hace necesario conocer lo que piensa el usuario acerca del servicio prestado que permita a los administradores o gerentes de servicios tomar decisiones, que sostengan la calidad de los servicios para la elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las repercusiones de la mismas, en el bienestar de la salud del usuario en relación a las demandas de los servicios de salud.

Estudios en otros países reflejan que el gasto se relaciona con la satisfacción del usuario y que la decisión de buscar atención o no de un profesional de la salud se basa en diferentes factores: horario del servicio, tiempo o costo del viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos , medicamento y trato personal.

Satisfacción significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población en general.

**Satisfacción del usuario:** la definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, entonces

**Calidad:** definir la calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción del usuario por lo tanto definimos calidad como cualquier cosa que el usuario percibe como calidad.<sup>3</sup>

Puede parecer muy simplista esta definición. Pero esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización.

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas.

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial dándoles productos son tangibles. En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

**Calidad técnica:** es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

**La calidad sentida:** es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos.

Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios, relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico.

Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.

**La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:**

---

<sup>3</sup>OPS-OMS. La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe, Washington 1992

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.<sup>4</sup>

**La calidad:** se define como el conjunto de propiedades y características de un producto apropiado para cumplir con la exigencia del mercado.

**Políticas de calidad:** Es el conjunto de directores y objetivos generales relativos a la calidad expresada formalmente, son principios generales que requieren la actuación de una organización.

**La gestión de la calidad:** es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad y comprende tres procesos: planificación, organización y control.

- **La planificación de la calidad:** Constituye el proceso de definición de las políticas de la calidad, generación de los objetivos y establecimiento de estrategias para alcanzarlos.

- **La organización para la calidad:** Es el conjunto de estructura organizativa, procesos, recursos para gestionar la calidad y es la división de funciones, tareas y su coordinación.

- **Control de la calidad:** Abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizado en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad, es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre diferencia.

**La mejora de la calidad:** Supone la creación organizada de un cambio ventajoso, no sólo es eliminar los esporádicos de mala calidad de los objetos de control, sino un proceso planificado de búsqueda de perfeccionamiento.

**Sistema de calidad:** Es el conjunto de la estructuras de la organización, responsabilidad los procedimientos y los recursos disponible para llevar a cabo la gestión de calidad.

**La garantía de la calidad:** Sistemas de aseguramiento de la calidad, un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas por las empresas dirigidas a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.

---

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1999). Programa de Garantía y Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D. C. USA: Autor

**La calidad total:** es el conjunto de principios de estrategias globales que intenta movilizar a todas las empresas con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menos costo posible.

**Calidez:** Término que forma parte de la Calidad misma pero que significa calor de acuerdo al diccionario de la lengua española, pero relacionado con el calor humano, dentro de lo que es la amabilidad en el trato con un tono de voz suave cortesía de relación, prontitud en la atención y honestidad de la oferta, en la que se demuestre voluntad y amor para realizar las actividades necesarias y brindar na atención en la que haya la satisfacción del usuario.

**La calidad de un buen servicio se evalúa en dos dimensiones:**

Según los beneficios que aportan.

Según los problemas que crea.

**Calidad Total:** se apoya en tres pilares

Orientaciones al cliente externo.

Liderazgo en costo de producción.

Orientación al cliente interno.

### **La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud**

Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico. Y esto no es casual. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo, estamos haciendo referencia a un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o constituirían entonces puntos centrales a presentar y discutir en esta mesa redonda sobre el tema que nos ocupa: la naturaleza subjetiva de la categoría satisfacción y las implicaciones metodológicas que supone su medición o conversión en un indicador de calidad.<sup>5</sup>

Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: "la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja".

---

<sup>5</sup> Losada Mauricio, Calidad del Servicio de Salud: Una revisión de la Literatura desde la perspectiva del marketing. Pontífica Univerisad Javeriana, Julio- Diciembre 2007 pp 237-258

Al ser definida como la acción de satisfacer, pudiéramos siendo más exquisitos aún observar qué significa satisfacer: "Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar...Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho.

Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

1. La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
2. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intra subjetivo e intersubjetivo.

Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro.

Es necesario referirse a los diferentes instrumentos que existen para evaluar, regular y dirigir el quehacer del proceso de atención a las personas, tales como Guías Clínicas, Guías de Atención, Normas y Protocolos a continuación se mencionan las definiciones

## **I. Definiciones**

### **1. La Guía de Práctica Clínica**

Las Guías de Práctica Clínica son documentos esencialmente orientadores, que resumen la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud. Este documento puede ser la base para elaborar una guía de atención

El método principal de estas son las “Revisiones Sistemáticas de la Literatura”. Con frecuencia incluyen una calificación de la calidad de la evidencia que apoya cada recomendación.

## **2. Norma de Atención**

La norma de atención contiene información semejante a una guía de atención o una guía de práctica clínica, pero esta tiene carácter impositivo a nivel del país y debe ser cumplida por todo centro de salud, público o privado. En Costa Rica es el Ministerio de Salud el encargado de emitir las normas nacionales.

## **3. Protocolos**

Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención.

## **4. Guía de Atención**

Las Guías de Atención son un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de Servicios de Salud<sup>6</sup>

Aseguran la calidad de las intervenciones en salud y define la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención.

Especifica los objetivos de intervención en cada fase de la historia natural de la enfermedad, conjugando la medicina basada en la evidencia y las dimensiones en la calidad de atención, sin reemplazar el juicio clínico del profesional.

Permite la coordinación e información entre niveles, detalla las actividades en la atención de las personas con un problema o situación de salud específico y se optimiza la secuencia de acciones a realizar, para dar una perspectiva multidisciplinaria que es capaz de identificar:

- Las expectativas en la atención de las personas en los servicios institucionales.
- Los momentos que son críticos en la atención de las personas en los diferentes escenarios de los servicios de salud.

---

<sup>6</sup> Dante Orellana Salvador, La Salud en la Globalización, Quito- Ecuador 2003

- Los métodos para mejorar la calidad y el costo beneficio de la atención de las personas.

Las guías de atención elaboradas con esta metodología oficial tienen carácter impositivo a nivel institucional.

## **OBJETIVOS DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, PROTOCOLOS.**

1. Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica
  2. Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos
  3. Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros de salud según el nivel de atención
  4. Generar indicadores para la evaluación del proceso
- En todos los casos debe evitarse que la Norma constituya un fin a obedecer “a ciegas”. Toda norma es sólo un instrumento para la acción y por lo tanto, quienes la apliquen deben hacerlo asegurando su cumplimiento y también su propio sentido común.

## **ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

### **1. LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA**

Un servicio de endoscopia digestiva requiere utillaje completo, médicos endoscopistas, personal auxiliar y espacio físico adecuado.

Las instalaciones necesarias en un determinada clínica u hospital dependerán del volumen de trabajo previsto y de la gama de técnicas que vayan a practicarse.

Desafortunadamente, la construcción de un servicio de Endoscopia casi nunca se hace sobre un proyecto nuevo: generalmente, se trata de una reestructuración o de una reconversión de salas destinadas a otras funciones, por lo que hay que adaptarse a espacios preexistentes y no siempre fácilmente modificables<sup>7</sup>.

No por ello tenemos que adaptarnos a situaciones no idóneas a nuestra actividad y potencialmente arriesgadas para el paciente o para los operadores; de hecho,

---

<sup>7</sup> Vaques Iglesias, Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica Ediciones Panamericana 2008

es importante recordar que los sanitarios tienen responsabilidades determinadas no sólo por lo que se refiere al ejercicio de una profesión médica, sino también en relación con las condiciones en las que las practica.

### **1.1 Distribución de las Zonas.**

Para facilitar el trabajo a los operadores y una mejor posibilidad de acceso al os pacientes, hay que determinar unos recorridos y una zonas en las que se va a subdividir el espacio, que a continuación se menciona:

#### **1. Recorrido**

- a) Paso del material limpio
- b) Paso del material sucio
- c) Acceso de los pacientes externos
- d) Nj Acceso de los pacientes internos

#### **2. Zonas fundamentales:**

- a) Admisión
  - Sala de espera para pacientes externos.
  - Sala de espera para pacientes hospitalizados.
  - Aseos
  - Sala de admisión y de reanimación.
- b) Personal
  - Sala de médicos y de jefe de sala
  - Sala de reuniones/sala didáctica
  - Restaurante
  - Vestuarios
  - Servicios
- c) Endoscopia
  - Salas ambulatorias para anamnesis, visitas y preparación
  - Sala de endoscopia
  - Salas de reanimación
  - Salas de enfermería
- d) Zona de material sucio/limpio
  - Salas de lavado
  - Salas de vaciado
  - Almacén de material limpio
  - Almacén de camillas

- e) Zona instalaciones tecnológicas
- Sala de instalaciones eléctricas
- Sala de instalaciones telefónicas, transmisión de datos.
- Sala central de tratamiento del aire.

## **2. LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

A pesar de los grandes adelantos en la tecnología que se han producido durante los últimos cuarenta años, ha habido muy pocos cambios en la forma de enseñar la endoscopia.

Los estudiantes necesitan de la enseñanza y la supervisión personalizada de endoscopistas experimentados con las habilidades y la motivación necesarias.

La enseñanza demanda mucho tiempo. Sin embargo es muy importante que el personal médico y de enfermería cuente con la enseñanza y el entrenamiento mediante el desarrollo de pautas para la educación, la entrega de credenciales y la certificación de las unidades de endoscopia.

### **Personal de entrenamiento: Ayudantes y Enfermeras**

Es importante que todas las unidades endoscópicas cuenten con enfermería entrenada especialmente para estos procedimientos. El personal de enfermería y el auxiliar cumple varias funciones como:

- Preparación de los pacientes para los procedimientos: Las enfermeras preparan a los pacientes desde el punto de vista psicológico, controlan su historia clínica y evalúan el estado físico, especialmente, en relación con las horas de ayuno y las condiciones futuras para el alta.
- Disposición del equipo necesario:  
Equipo de monitorización, reanimación y anestesia.  
Comprobación de la conexión eléctrica de todos los endoscopistas  
Asistencia del endoscopista durante los procedimientos: ésta es una tarea crucial para el profesional que realiza endoscopia terapéutica.
- Limpieza, desinfección y preparación del equipo
- Registro de los accesorios y de los endoscopios utilizados como control de calidad.

Es importante dar una enseñanza adecuada al personal de enfermería y al auxiliar desde el principio, además de proporcionarles actualizaciones regulares en relación con los procedimientos.

### **3. PERSONAL DE ENFERMERÍA Y AUXILIAR**

El papel del personal de enfermería en una unidad de endoscopia digestiva tiene cada vez mayor importancia, debido al desarrollo, diversificación y complejidad creciente de las técnicas diagnósticas y terapéuticas endoscópicas, algunas de ellas de alto riesgo, que han de ser desarrolladas y controladas por personal calificado.

La enfermería de endoscopia es un personal especializada, cuyo objetivo es proporcionar un cuidado óptimo a los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, al tiempo que colabora estrechamente con el personal médico en el desarrollo de las técnicas.<sup>8</sup>

Esto se consigue como miembro de un equipo multidisciplinar, cuya práctica se rige por la ética y por los códigos de conducta profesional

Las necesidades del paciente son el foco primero de toda la actividad del personal de enfermería endoscópica, y, con esa premisa, dicho personal realiza multitud de funciones, cubriendo sus tareas y responsabilidades en muchas áreas, siendo ayudado en algunas de ellas por el personal auxiliar de enfermería.

Se deben definir las funciones y generar condiciones psicosociales que ayuden a realizar una participación responsable y gratificante de todo el personal en el quehacer de la Unidad de Endoscopia Digestiva

---

<sup>8</sup> Peter B. Cotton, Tratado práctico de Endoscopia Digestiva, Ediciones Masson 2001

# **CAPITULO II**

## **DISEÑO**

### **METODOLÓGICO**

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Para la ejecución de este proyecto utilizaremos la metodología del marco lógico cuya herramienta nos permite integrar a directivos internos y externos, comunidad interesados; así mismo nos hace ejecutar una evaluación permanente la cual nos permite modificar acciones que nos den resultados y propuestas esperadas.

### **HERRAMIENTAS PARA EL DISEÑO DEL MARCO LÓGICO A UTILIZAR**

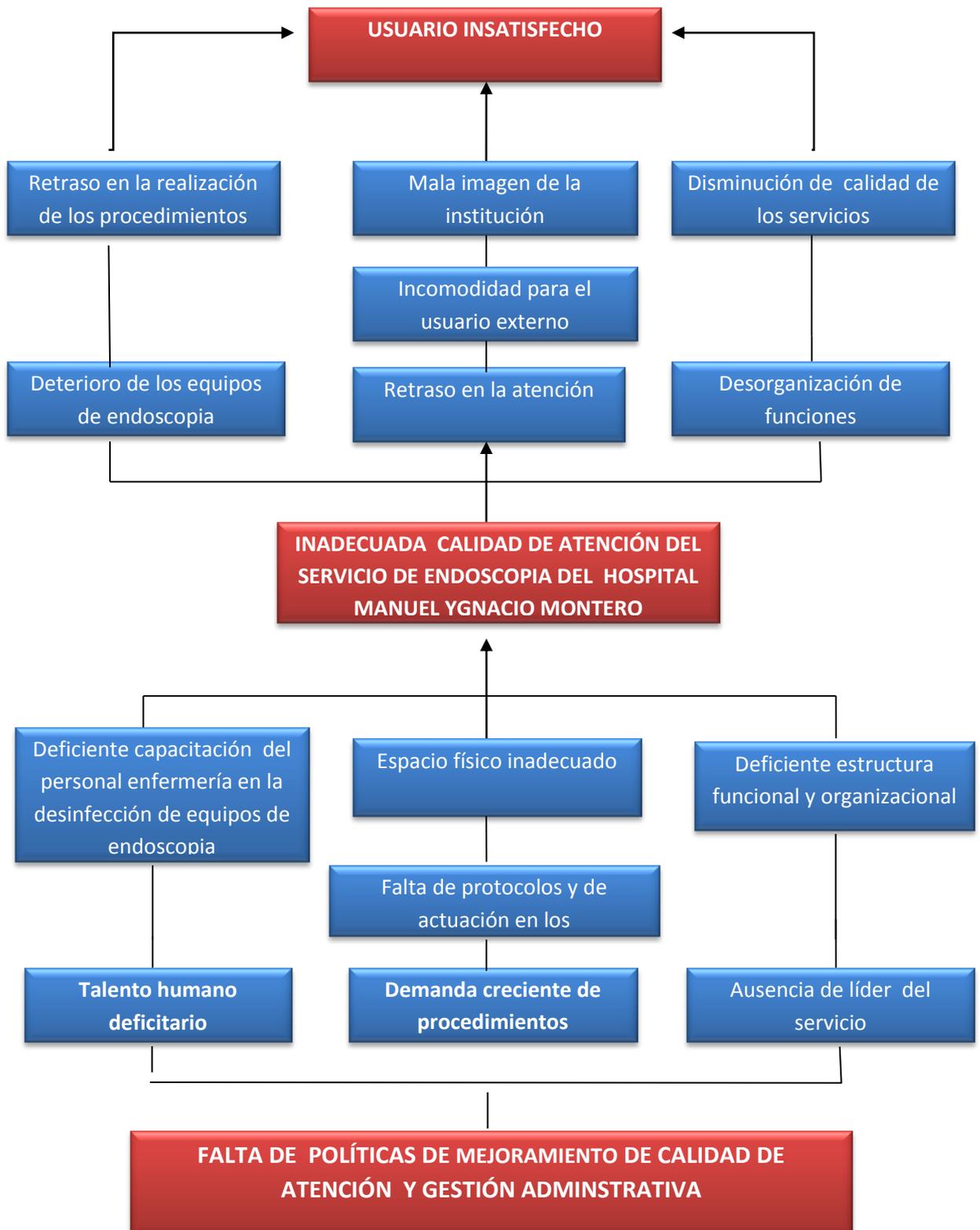
- Matriz de involucrados
- Árbol de problemas
- Árbol de objetivos
- Matriz de marco lógico

### **❖ MATRIZ DE INVOLUCRADOS**

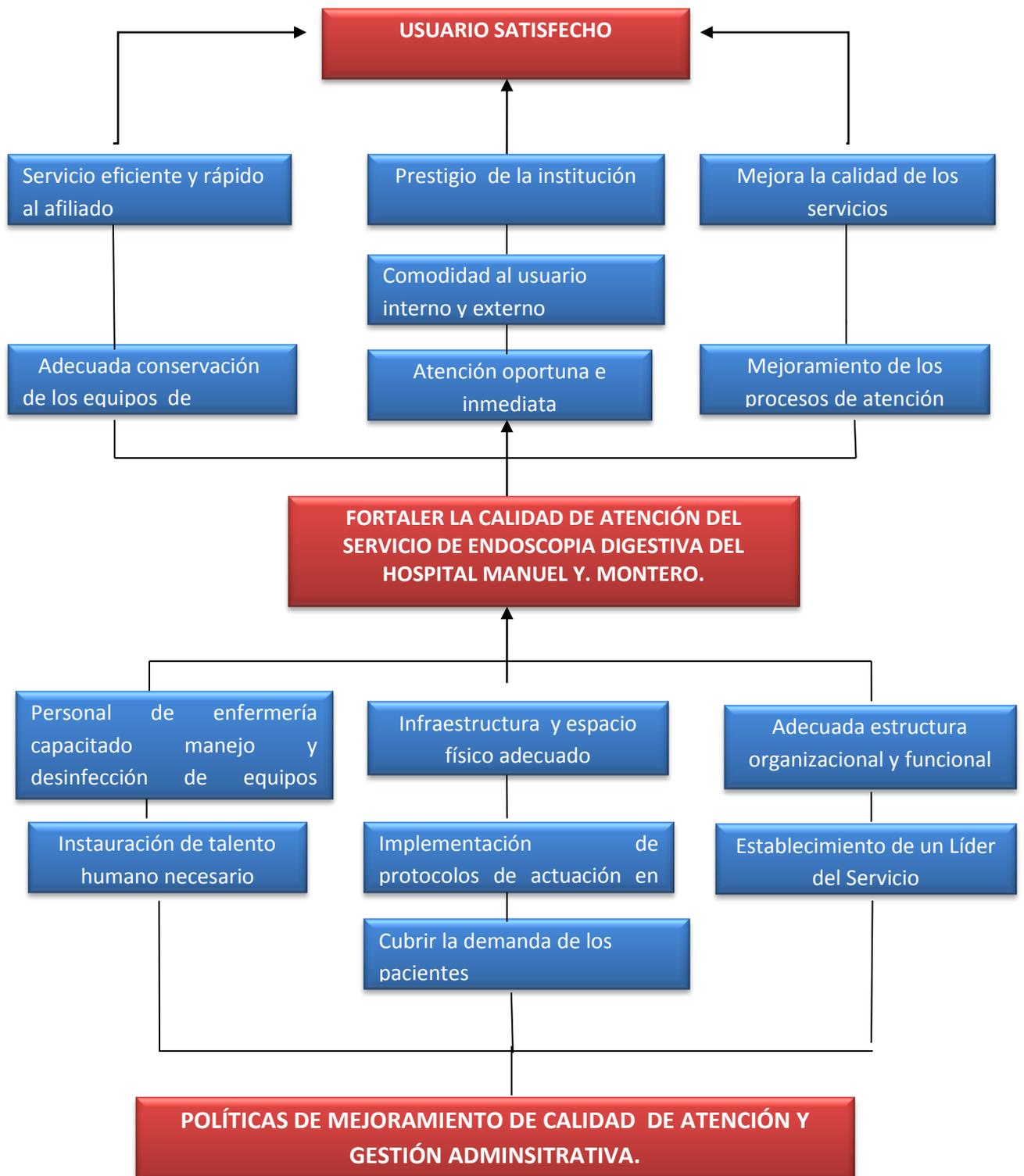
Esta técnica nos permite a través de las entrevistas a grupos focales y talleres en los que se abordan los intereses, sus potencialidades, sus limitaciones, sus percepciones de los problemas, sus recursos y mandatos.

<b>Grupo institucional</b>	<b>Interés</b>	<b>Recursos y mandato</b>	<b>Problemas percibidos</b>
Directivos del IESS y autor	Óptima calidad de atención en el servicio de Endoscopia	Personal de salud capacitado Insumos y tecnología actualizada.  Art. 32 de la Constitución de Salud año 2008.	Deficiente calidad de atención de salud.  No hay coordinación. con otros departamentos
<b>Médicos del servicio de endoscopia</b>	Fortalecer los procesos claves que potencien el desarrollo del servicio	Personal médico capacitado.  Recursos materiales Mayor nivel organizacional y funcional	Ausencia de protocolos para los procedimientos endoscópicos. Ausencia de Líder del servicio
<b>Personal enfermería y auxiliares que labora en el servicio de endoscopia</b>	Capacitación de talento humano  Conformar equipos de trabajo que impulsen el mejoramiento de los procesos de atención.	Recursos humanos adecuado a la demanda del usuario Materiales y tecnología actualizada para laborar con más precisión y rapidez.	No existe el suficiente personal para el servicio. No hay estímulos Mejorar el trabajo en equipo. Falta de coordinación del Personal médico y paramédico del servicio.
<b>Sociedad afiliados</b>	Poseer un servicio de endoscopia que cumpla sus demandas.  Que brinde atención de calidad y calidez.	Talento humano de enfermería, autoridades hospitalarias.  Fortalecer la confianza y aceptación del afiliado	Espera prolongada para la realización del procedimiento.  Espacios físico inapropiado que brinde privacidad del estudio.

## ARBOL DE PROBLEMAS



## ARBOL DE OBJETIVOS



## MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SUPUESTO
<b>FIN</b> Mejorar la calidad de atención del servicio de Endoscopia del hospital del IESS Loja	El 90 % de los afiliados que acuden al servicio de endoscopia recibirán una atención adecuada hasta Marzo 2012	Encuestas y entrevistas a usuarios internos y externos.	Directivos, jefes y servidores de salud apoyan el proyecto.
<b>PROPÓSITO</b> Fortalecer la gestión del servicio de endoscopia que permita disminuir la insatisfacción de los usuarios externos que acuden al servicio de endoscopia	Disminuir en un 80% la insatisfacción de los usuarios en relación a la línea de base hasta Marzo 2012	Registro de partes diarias. Observación del desempeño laboral Encuesta a usuario externo.	Equipo de salud bien capacitado y coordinado para la atención de pacientes en el servicio de Endoscopia.
<b>Componentes o resultados esperados</b>  Personal capacitado para el manejo y desinfección de los equipos de endoscopia	95% personal estará capacitado en el desarrollo de los procesos de atención y manejo de equipos Hasta marzo 2012	Protocolos para el manejo y desinfección de los equipos endoscópicos. Papel de la enfermera en los procedimientos endoscópicos.  Memorias de charlas de capacitación	Que el personal este motivado a capacitarse.
Infraestructura y espacio físico adecuados	100% Usuarios tendrán un espacio físico de endoscopia que cuente con una distribución física eficiente hasta Septiembre del 2011	Fotos del sitio de construcción y remodelación antes y después de su terminación. Observación directa	Usuarios satisfechos Apoyo de los directivos al proyecto.
Implementación de normas y protocolos de actuación en los procedimientos endoscópicos.	El 100 % de los usuarios contara con una Adecuada estructura organizacional y funcional del servicio de endoscopia hasta marzo del 2012	Texto impreso de las normas y protocolos  Fotos de entrega y socialización de protocolos  Observación directa	. Personal de salud interesado capacitado en la atención al usuario en los procedimientos endoscópicos

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS /APOYO	PARTICIPANTES
<b>A1</b>				
<b>1.1</b> Reunión de coordinación con Jefe del Área de endoscopia , y personal de enfermería para ejecutar cronograma de capacitación sobre la Funcion de Enfermería en la Sala de Endoscopia	Dra. Verónica Astudillo Autora del Proyecto	Febrero 2012	Computadora	Personal medico y de enfermería del servicio de endoscopia
<b>1.2</b> Directrices Prácticas para la Desinfección de Endoscopios	Dra. Verónica Astudillo Autora del Proyecto	Hasta Marzo 2012	Computadora /Infocus	Médicos y, Personal de Enfermería del servicio
<b>1.3 C</b> : Papel de la Enfermera en los cuidados del paciente en Endoscopia	Dra. Verónica Astudillo. Autora del proyecto	Hasta Marzo 2012	Computadora /Infocus	Médicos Servicio, Personal de Enfermería
<b>1.4</b> Charla : Papel de la Enfermera en los cuidados del paciente en Endoscopia	Dra. Verónica Astudillo. Autora del proyecto	Hasta Marzo 2012	Computadora /Infocus	Médicos Servicio, Personal de Enfermería
<b>A2</b>				
<b>2.1</b> Asignación de los temas a los médicos postgradistas de gastroenterología para elaborar borradores sobre	Postgradistas de Gastroenterología.	Hasta Marzo 2012	Hojas marcadores computadora	

protocolos				
<b>2.2</b> Taller para elaboración de una Normativa para el servicio de Endoscopia	Maestrante Medicos del servicio de Endoscopia Enfermeras del Servicio	Hasta Marzo 2012	Computadora y data show	Directivos Hospital, Médicos y enfermeras del Servicio.
<b>2.2</b> Socialización de protocolos y normativa	Postgradistas de Gastroenterología	Hasta Marzo 2012	Data show, computadora y flash memory	Autora del Proyecto, Médicos y Personal de enfermería del Servicio
<b>2.3</b> Entrega de manual de normas y protocolos al servicio de endoscopia.	Dra. Verónica Astudillo Maestrante	Hasta marzo 2012	Data show, computadora y flash memory	Médicos Servicio, Personal de Enfermería
<b>2.4</b> Taller para elaboración de una Normativa para el servicio de Endoscopia	Dra. Verónica Astudillo Medicos del servicio de Endoscopia Enfermeras del Servicio	Hasta Marzo 2012	Computadora y data show	Directivos Hospital, Médicos y enfermeras del Servicio.
A4				
4..1 Implementación del servicio de Endoscopia	Directivos del hospital	Hasta Marzo 2012	Datashow, hojas esferos, fotos	Directivos Hospital, Médicos y enfermeras del Servicio.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS,**  
**CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

## **RESULTADO 1**

### **PERSONAL DE ENFERMERIA CAPACITADO PARA INTERVENIR EN LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS, CUIDADOS Y DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS**

#### **ACTIVIDAD N.- 1**

##### **1.1 Reunión de Coordinación con el Jefe del Servicio de Endoscopia para la ejecución de cronograma de capacitación.**

Para ejecutar este resultado se realizó las siguientes actividades.

El 6 de marzo del 2012 se realiza la reunión en la sala de reuniones del área de Endoscopia con el Dr. Erwin Castro Jefe del servicio, con la finalidad de coordinar los horarios accesibles para el desarrollo de la temática programada, concordando con el jefe de servicio que se llevarían a cabo en 3 días indistintos, en los cuales se realizaría las conferencias y talleres respectivos, cuyo conograma se detalla a continuación:

#### **DIA 1**

Miércoles 7 de Marzo 2011.- 13h00 a 14h30

Tema: ***Directrices para la desinfección de Endoscopios***

Expositora: Dra , Verónica Astudillo Médico Gastroenteróloga – Maestrante.

#### **DIA 2**

Miércoles 7 de Marzo 2011.- 13h00 a 14h30

Taller: ***Desinfección de los equipos de Endoscopia***

Expositora: Dra , Verónica Astudillo Médico Gastroenteróloga – Maestrante.

#### **DIA 3**

Martes 26 de Marzo 2012.- 13h00 a 14h45

Tema: ***Papel de la Enfermera en Endoscopia***

Expositora: Dra , Verónica Astudillo Médico Gastroenteróloga – Maestrante.

# MEMORIA TECNICA N° 1

## CONFERENCIA DIRECTRICES PARA LA DESINFECCIÓN DE LOS ENDOSCOPIOS

**GRUPO META:** PERSONAL DE ENFERMERIA DEL IESS.

**EVENTO:** CONFERENCIA Y TALLER DE CAPACITACIÓN

**FECHA:** Miércoles 07 de Marzo del 2012

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 4 personas

**LUGAR:** Salón de reuniones del Servicio de Endoscopia del IESS Loja.

**TEMA:** Directrices para la desinfección de los Endoscopios

<ul style="list-style-type: none"><li>• Directrices para el procesamiento de los endoscopios</li><li>• Control de calidad de la desinfección</li><li>• Medidas de prevención de riesgos para el personal</li><li>• Las medidas de control de las infecciones</li></ul>	Miércoles 07 marzo del 2012
--	--------------------------------

**NÚMERO DE HORAS:** 2 Horas en cada conferencia.

**EXPOSITORA:** Dra. Verónica Astudillo (Gastroenteróloga – Maestrante)

**FACILITADOR RESPONSABLE:** Lic. Marcela Chamba

### OBJETIVO GENERAL:

Capacitar al personal del servicio de endoscopia del hospital del IESS sobre la correcta desinfección, medidas de prevención laboral y control posterior de infección de los equipos de endoscopia. .

### METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue esencialmente a través de la exposición y discusión de la temática impartida en las conferencias, así como la participación activa al taller práctico desarrollando los contenidos expuestos, para ello se contó con la participación proactiva de los asistentes, en donde cada uno de ellos dio sus opiniones las mismas que fueron

relacionadas a la realidad del servicio de la institución, y con esto se logró acuerdos que permitan un manejo óptimo, y seguro de los equipos de endoscopia, lo cual se vea reflejado en una mejora notable de la calidad de atención al afiliado.

Los materiales utilizados fueron datashow, computador.

#### **AGENDA DEL TALLER:**

13h00	Presentación y Bienvenida
13h15	Exposición de los Temas
14h30	Discusión de los contenidos
14h45	Acuerdos y Compromisos
15h00	Conclusiones y Recomendaciones

#### **ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Brindar seguridad en los procedimientos endoscópicos aplicando las directrices sobre la correcta desinfección de los equipos.
- Mantener las medidas de protección necesarias para la prevención de riesgos en el personal de enfermería que interviene en el proceso de desinfección.
- Realizar el menaje de la sala de endoscopia semanal. .
- Mantener un control y seguimiento de calidad periódicos en la desinfección de los equipos de endoscopia

## MEMORIA TECNICA N° 2

### CONFERENCIA PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA ENDOSCOPIA

**GRUPO META:** PERSONAL DE ENFERMERIA DEL IESS.

**EVENTO:** CONFERENCIA DE CAPACITACIÓN

**FECHA:** Miércoles 27 de Marzo del 2012

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 6 personas

**LUGAR:** Salón de reuniones del Servicio de Endoscopia del IESS Loja.

**TEMA:** El papel de la enfermera en la endoscopia

<ul style="list-style-type: none"><li>• Función de la Enfermera</li><li>• Tareas específicas Referente a la seguridad del Paciente durante los procedimientos endoscópicos.</li><li>• Intervención de la enfermera antes , durante y después del estudio endoscópico</li><li>• Administración y Organización del Servicio de Endoscopia.</li></ul>	Miércoles 26 marzo del 2012
--	--------------------------------

**NÚMERO DE HORAS:** 2 Horas.

**EXPOSITORA:** Dra. Verónica Astudillo (Gastroenteróloga – Maestrante)

**FACILITADOR RESPONSABLE:** Lic. Marcela Chamba

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Capacitar y concienciar al personal de enfermería del servicio de endoscopia sobre el importante papel que cumple en el servicio, en el desarrollo de los procedimientos.

#### **METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:**

La metodología utilizada fue esencialmente a través de la exposición y discusión de la temática impartida, en la que se dio una participación activa de los asistentes, correlacionando las funciones actualmente desempeñadas por el personal de enfermería del servicio y las revisadas de acuerdo a la literatura, estableciendo finalmente un modelo

a seguir dentro de las funciones a cumplir en los procedimientos endoscopios y estructura funcional y organizacional del servicio.

Los materiales utilizados fueron , computador.

#### **AGENDA DEL TALLER:**

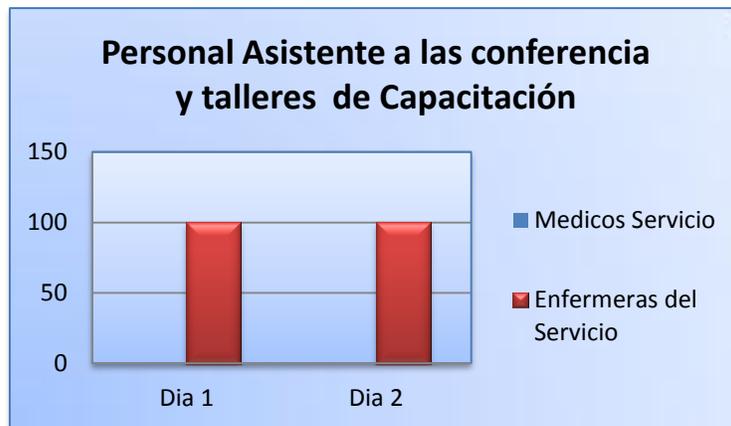
13h00	Presentación y Bienvenida
13h15	Exposición de los Temas
14h30	Discusión de los contenidos
14h45	Acuerdos y Compromisos
15h00	Conclusiones y Recomendaciones

#### **ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Brindar una Información oportuna y completa al paciente a cerca de los procedimientos endoscópicos.
- Prestar el apoyo necesario a los médicos endoscopistas durante los procedimientos de endoscopia.
- Lograr el mantenimiento y reposición oportuna del material de endoscopia.
- Ofrecer al afiliado un ambiente cordial y tranquilo, durante y después de los procedimientos endoscópicos.
- Mejorar la empatía entre el equipo de salud y el afiliado/a externo optimizando la atención en nuestro servicio.

## ANALISIS DE RESULTADOS ACTIVIDAD 1

GRAFICO Nro.1



El indicador propuesto refería que el 95% del personal médico y de enfermería estará capacitado para el manejo y desinfección de los equipos de endoscopia; con la realización de la presente actividad se logró con el 90% de la meta para capacitar al personal médico y de enfermería acerca del manejo y desinfección de los equipos de endoscopia. Quedando un 10% del personal representado por el equipo médico de gastroenterólogos que no acudió a la capacitación, debido al cruce de horario de trabajo, por desinterés o por que se asume el conocimiento del mismo.

El adiestramiento en la metodología empleada para el manejo y desinfección de los equipos por parte del personal enfermería serán reflejadas en las fotografías que se muestran a continuación:

# PERSONAL CAPACITADO PARA EL PROCESO DE DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS

## 1. PRELIMPIEZA



## 2. LIMPIEZA



## 3. ENJUAGUE



## 4. DESINFECCIÓN



## 5. ENJUAGUE FINAL



## 6. SECADO



## 7 .ALMACENAMIENTO



## PERSONAL DE ENFERMERIA CAPACITADO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUE ACUDE AL SERVICIO DE ENDOSCOPIA



FOTO 9 Enfermera tomando turno y a la vez informando al afiliado la preparación para el procedimiento a realizarse



FOTO 10. Personal de Enfermería prestando el cuidado al paciente posterior al procedimiento.

## ACTIVIDAD Nro. 2

### RESULTADO NRO. 2

#### ELABORACIÓN DE UNA NORMATIVA Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS.

##### 2.1 Reunión de Coordinación con Jefe del Servicio y Personal de enfermería, para ejecutar cronograma de exposición de protocolos y elaboración de normativa.

Para ejecutar este resultado se realizó las siguientes actividades.

El 6 de marzo del 2012 se realiza la reunión en la sala de reuniones del área de Endoscopia con el Dr. Erwin Castro Jefe del servicio, con la finalidad de coordinar los horarios accesibles para la exposición, discusión de los protocolos, concordando con el jefe de servicio que se llevarían a cabo en días indistintos, en los cuales se realizaría las conferencias y talleres respectivos, así como también la asignación de los temas de exposición a cada expositor, cuyo cronograma se detalla a continuación:

#### CRONOGRAMA SOBRE PROTOCOLOS DE ENDOSCOPIA

FECHA	HORAS	TEMA	METODOLOGÍA	FACILITADOR
8 de Marzo 2012	13H00 a 14H00	Normas básicas para la organización y funcionamiento del Área de Endoscopia	Exposición y plenaria	Dra. Verónica Astudillo
	14H00 a 15H00	Endoscopia Digestiva Alta	Exposición y plenaria	Dra. Verónica Astudilo
12 de Marzo 2012	14H00 a 15H00	Colonoscopia	Exposición y plenaria	Dra. Paola Robles
	15H00 a 16Hoo	Endoscopia Terapéutica (CPRE,Ligadura	Exposición y plenaria	Dr. Fernando Benítez

		várcies, Polipectomía)		
13/Marzo/2012	14H00 a 15H00	Consentimiento Informado en procedimientos endoscópicos.	Exposición y plenaria	Lcda. Marcela Chamba
	15H00 a 16H00	Sedación en endoscopia	Exposición y plenaria	Dra. Verónica Astudillo
15 de Marzo 2012	14H00 a 15H00	Coagulación en Endoscopia	Exposición y plenaria	Dra. Verónica Astudillo

## 2.2 Socialización de protocolos y normas para los procedimientos endoscópicos.

### MEMORIAL TECNICA N° 3

#### SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

**GRUPO META:** PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS LOJA

**EVENTO:** TALLER CAPACITACIÓN

**FECHA:** Lunes 26 de Marzo 2012 y Martes 27 de Marzo del 2012

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 9 personas

**LUGAR:** Sala de reuniones del Servicio de Endoscopia del hospital del IESS Loja

FECHA	TEMA
8/Marzo 2012	Normativa Organizacional y Funcional del Área de Endoscopia
	Endoscopia Digestiva Alta

12 Marzo 2012	Colonoscopia
	Endoscopia Terapéutica
13 de marzo 2012	Consentimiento informado
	Sedación en Endoscopia Digestiva
6 de mayo 2011	Coagulación en Endoscopia

**TEMA: PROTOCOLOS Y NORMAS EN ENDOSCOPIA**

**NÚMERO DE HORAS:** 2 Horas en cada Taller.

**EXPOSITORES:**

Dr. Fernando Benítez

Lcda. Marcela Chamba

Dra. Paola Robles.

Dra. Verónica Astudillo

**FACILITADOR RESPONSABLE:**

Dr. Erwin Castro – Jefe del Servicio

Dra. Verónica Astudillo.- Maestrante

**OBJETIVO GENERAL:**

Elaboración y aplicación de los protocolos y normas en los procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos más frecuentes, desarrollados en el servicio y los cuales reposarán en el servicio en un manual , cuyos beneficiarios serán el personal médico, de enfermería y afiliado que labora en esta área del Hospital del IESS Loja.

**METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS**

La metodología utilizada fue esencialmente a través de la exposición y discusión de los protocolos, se contó con la participación proactiva de los asistentes, en donde hubo un proceso de discusión y debate entre las mismas contando a las vez con una moderadora que permitió llegar a acuerdos que faciliten, agilicen el empleo de los protocolos a utilizarse en el departamento.

Los materiales utilizados fueron datashow, computador.

#### **AGENDA DEL TALLER:**

14h00	Presentación y Bienvenida
14h15	Exposición de los Temas
15h00	Discusión de los contenidos
16h00	Acuerdos y Compromisos

#### **ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Brindar atención de calidad al afiliado que acude al servicio de endoscopia aplicando las normativas y protocolos ejecutados
- Brindar información oportuna y veraz de acuerdo al procedimiento a realizarse a fin de crear un ambiente de confianza y colaboración del usuario.
- Mejorar la empatía entre el equipo de salud y el afiliado/a externo optimizando la atención en nuestro servicio.
- Mejorar la dinámica organizativa y funcional del servicio.

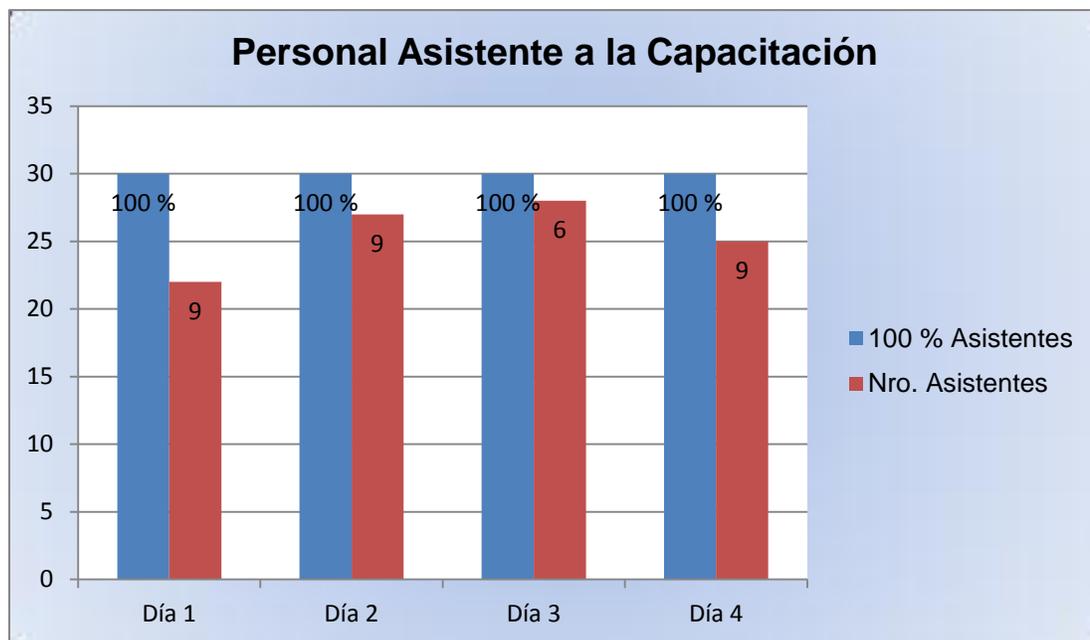
### **2.3 Entrega de protocolos al servicio de Endoscopia Digestiva.**

Culminadas las diversas exposiciones y luego de realizar las respectivas evaluaciones y correcciones a la temática expuesta en plenaria, se realizó la elaboración de una normativa y protocolos que interfieran de forma directa en Organización y Funcionamiento del Servicio de Endoscopia Digestiva y que tiene por finalidad la mejora continua de la calidad de la atención al afiliado que acude al servicio de Endoscopia, posteriormente se realizó la entrega en forma conjunta al Jefe del Servicio de Endoscopia Doctor Erwin Castro y el personal de enfermería, indicando su aceptación a los mismos, cuyo texto se lo adjunta en el apéndice 4



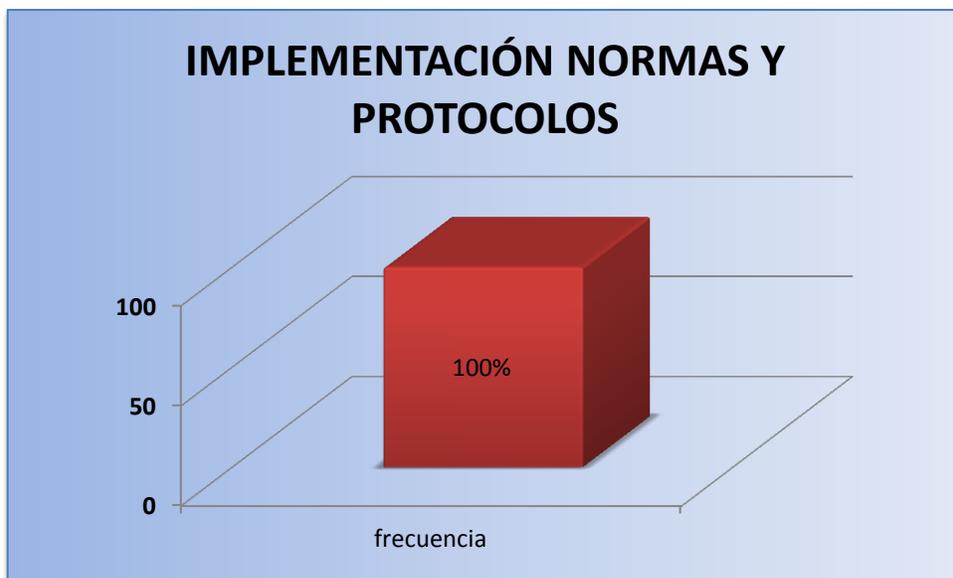
## ANALISIS DE LA ACTIVIDAD 2

GRAFICO Nro. 2



Con la elaboración de las presentes actividades se ha cumplido con el 80% de la meta para capacitar al personal de salud sobre los protocolos a emplearse en los principales procedimientos endoscópicos realizados en el servicio quedando algunas falencias que corresponden al 20% del personal que no asistió a dicha capacitación debido al cruce de horarios de trabajo y desinterés de parte de los mismo.

**GRAFICO Nro. 2**



El indicador del siguiente resultado esperado es concordante con los obtenidos, es decir el 100% de los usuarios internos y externos del servicio de endoscopia del H.M.Y.M cuenta con un manual de normas y protocolos en los procedimientos endoscópicos que permita el mejoramiento de la estructura organizacional y de los procesos desarrollados en el servicio.

## **ACTIVIDAD Nro. 3**

### **RESULTADO 3**

#### **IMPLEMENTACIÓN DEL ÁREA DE ENDOSCOPIA.**

Hace aproximadamente 12 meses las autoridades del Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja en base a la problemática demostrada mediante un diagnóstico situacional en el que también forme parte, evidenciaron la problemática presentada en servicio de endoscopia y propusieron la implementación del servicio de endoscopia, estando inmersos en este proceso de cambio y evolución el personal de médicos tratantes de gastroenterología, médicos postgradistas y personal de enfermera. Los trabajos se iniciaron desde el mes de febrero aproximadamente y culminaron en el mes de Septiembre del 2011. En las fechas actuales se cuenta con un servicio más amplio, con equipos de última tecnología, mayor talento humano, que este acorde a las necesidades del afiliado. A continuación se describe el nuevo servicio de endoscopia

#### **AREA DE ENDOSCOPIA IMPLEMENTADA.**

#### **ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Dar cobertura a la demanda de exploraciones endoscópicas, gastroscopias y colonoscopias tanto diagnósticas como terapéuticas, procedente de:
  - ✓ Peticiones ambulatorias solicitadas desde consultas Especializadas en Gastroenterología
  - ✓ Consulta de Medicina Interna
  - ✓ Consultas de otras especialidades : Neumología, Cardiología, Endocrino, Oncología, y Cirugía
  - ✓ Propuestas procedentes del área de hospitalización
- Prestar una asistencia en las condiciones óptimas, con los recursos materiales y humanos necesarios que permitan una asistencia de calidad, reflejada en la satisfacción del usuario u afiliado, la rentabilidad diagnóstica, los resultados terapéuticos y la minimización de las complicaciones.

## Ubicación

La Unidad de Endoscopia Digestiva se encuentra situada en el pasillo derecho de quinta Planta del Hospital de Manuel Ygnacio Montero IESS Loja

Dispone de:

- ❖ Una sala de espera, compartida con Unidades de Oncología y biológicos.
- ❖ Dos salas acondicionadas para la realización de las exploraciones endoscópicas, una sala para la realización de gastroscopias y colonoscopias y una sala para la realización de CPRE, (esta última aún sin habilitar) ambas equipadas con :
  - Toma de oxígeno y aspiración
  - Camilla hidráulica acondicionada
  - Equipo endoscópico
  - Torre de endoscopias compuesta por video procesador, fuente de luz, videogastroskopios videocolonoskopios , duodenoskopios, ecoendoscopio
  - Monitores
  - Fuente de electrocirugía o diatermia
  - Zona de aparataje de monitorización y máquina de anestesia
  - Arco en C con fluoroscopia (Aun no utilizado)
- ❖ Un Sala de Trabajo y Reuniones
  - Destinada a la elaboración de informes endoscópicos y labores de docencia e investigación por parte de los facultativos, y registro de anatomías patológicas y tareas administrativas por parte de enfermería.
- ❖ Área de toma de turnos destinada para la citación directa de exploraciones endoscópicas diagnósticas o terapéuticas. Está equipada con mesa de trabajo, y libro de registro de turnos para los procedimientos endoscópicos

- ❖ Una zona específica de limpieza y desinfección del equipo que dispone de lavadora automática que asegura la correcta esterilización del mismo así como la detección de avería y/o fuga de los equipos endoscópicos.
- ❖ 2 Salas de recuperación, distribuidas de acuerdo al género de los usuarios, con toma de oxígeno y aspiración, camilla hidráulica y monitores.

## **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**

- ❖ Facultativos Especialistas en Gastroenterología
- ❖ Dr. Erwin Castro: Jefe del Servicio
- ❖ Dra. France Aguilar y Dr. Fernando Benitez que laboran diariamente en horarios alternos en esta Unidad.
- ❖ 2 Licenciadas: Msc. Marcela Chamba y María Cristina entrenadas para el manejo de los equipos de endoscopia., que desarrollan diariamente su labor en esta Unidad durante toda la jornada.
- ❖ 1 Auxiliar de Enfermería, Carmita Maza, que desarrolla su labor en endoscopia digestiva.

## **CARTERA DE SERVICIOS**

La Unidad de Endoscopios permanece en funcionamiento 12 horas de Lunes a Viernes, además atención de emergencias en cualquier horario.

Se realizan las siguientes exploraciones endoscópicas:

- Endoscopia digestiva alta diagnóstica
- Colonoscopia diagnóstica
- Gastroscoopia y colonoscopia terapéuticas
- Polipectomía endoscópica
- Polipectomía asistida mediante la inyección de diversas sustancias (suero salino, adrenalina,)
- Hemostasia de lesiones sangrantes (ulceraciones, hemorragias, postpolipectomía )
- Extracción de cuerpos extraños
- Ultrasonografía endoscópica diagnóstica (sin biopsia)

- Ligadura de varices
- CPRE + Esfinterotomía

### **Funcionamiento de la Unidad**

Actualmente la unidad está funcionando en un 90 % ya que si bien están instauradas la mayoría de las salas y sus respectivos cubículos aún existe la ausencia de utilidad de una de estas, tal es el caso de la sala destinada para la realización de CPRE , que aún es necesario la implementación de equipos adicionales para iniciar su funcionamiento.

A continuación se muestran algunas fotografías del anterior y nuevo servicio de Endoscopia.

### **IMÁGENES DEL ANTERIOR SERVICIO DE ENDOSCOPIA**



## IMÁGENES DEL NUEVO SERVICIO DE ENDOSCOPIA



## SALA DE PREPARACIÓN DE PACIENTES



## SALAS DE RECUPERACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES



## AREA PARA LA DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL DE ENDOSCOPIA



## SALA DESTINADA PARA PROCEDIMIENTOS DE CPRE

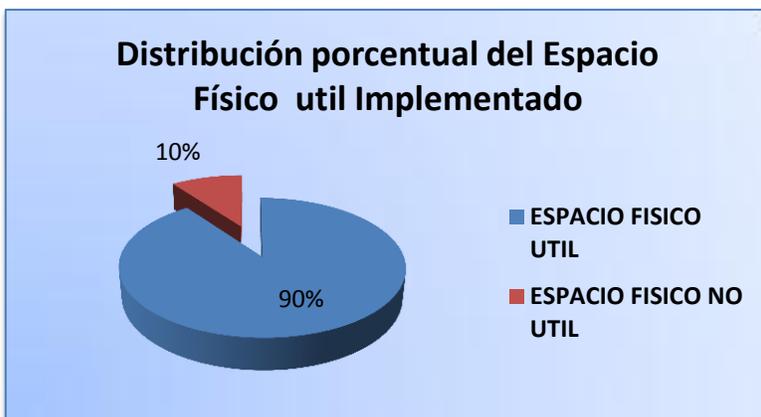


## SALA DE REUNIONES Y AREA DE REALIZACIÓN DE INFORMES



## ANALISIS DE LA ACTIVIDAD 3

Grafico Nro.3



Con respecto a la implementación del área física cabe destacar que se cumplió en el 90% ya que aún queda una sala por completar , la cual está destinada para la realización de CPRE, en la que aún no se realiza este procedimiento endoscópico , si bien el espacio físico es el óptimo y se cuenta con gran parte del instrumental aún no es suficiente, entonces se establece que no se cumplió con la totalidad de este resultado esperado , cuyo indicador establecida que los usuarios contaría con un espacio físico implementado en un 100% hasta septiembre del 2011.

## ANALISIS DEL PROPÓSITO

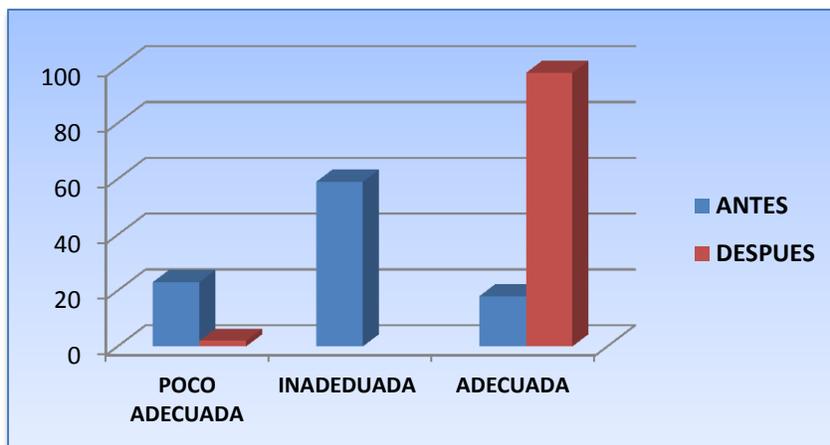
El propósito del proyecto es el fortalecimiento de la gestión del servicio de endoscopia con el fin de atender con eficiencia oportuna las necesidades de salud y disminuir la insatisfacción de nuestro afiliado externo mediante múltiples acciones que mejoren la calidad de atención en el servicio de endoscopia en el H. M.Y.M.V.

El indicador es disminuir en un 80% la insatisfacción de los usuarios externos en relación de mi línea de base hasta Marzo 2012.

Para este análisis recurrimos a encuestas realizadas antes y después de realizado el trabajo de acción.

- 1. En lo que respecta al área física que apreciación le merece la comodidad, ubicación, distribución y accesibilidad al servicio de endoscopia?**

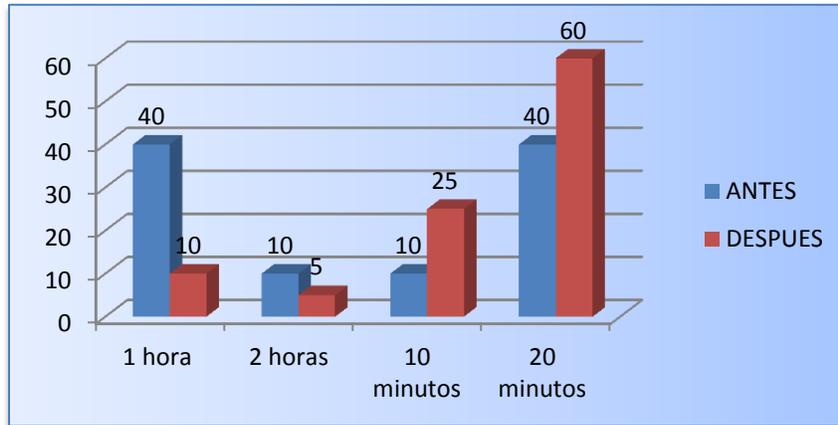
**Grafico Nro. 4**



Fuente: Encuesta  
Autora: Dra. Verónica Astudilo

## 2. Que tiempo tardo en la espera del procedimiento endoscópico?

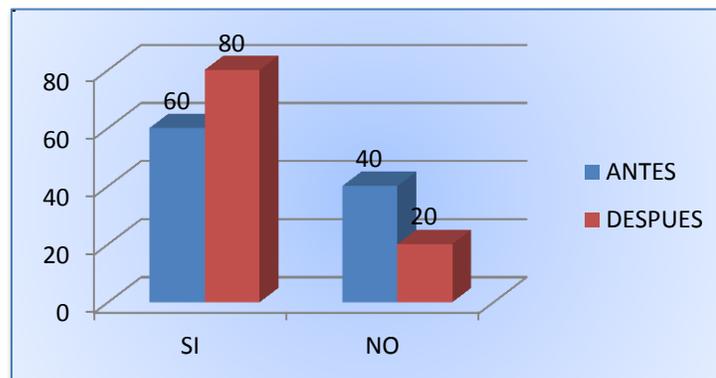
GRAFICO Nro. 5



Fuente: Encuesta  
Autora: Dra. Verónica Astudillo

## 3. Se siente satisfecho con la atención brindada en el servicio de Endoscopia?

GRAFICO Nro. 6



Fuente: Encuesta  
Autora: Dra. Verónica Astudillo

El análisis de las gráficas nos permite evidenciar la nueva perspectiva que tiene el usuario que acude al servicio de endoscopia, quien indica que el área física es adecuada en un mayor porcentaje, quedando solo un 10 % que considera que el área es difícil acceso debido a que queda en la última planta.

En lo referente al tiempo de espera para el procedimiento, se considera que los tiempos han disminuido notablemente, aunque por la gran influencia aún siguen los tiempos prolongados, esto ha mejorado notablemente en relación a lo anterior.

Finalmente con respecto al grado de satisfacción percibida posterior al procedimiento un 80% se sintió satisfecho con los procedimientos, quedando un 20% de usuarios que no lo consideró así esto debido principalmente por la incomodidad del procedimiento y en algunos casos por el tiempo de espera.

Con esto se concluiría que se cumplió en gran medida el indicador propuesto para el presente propósito se ha disminuido en gran proporción del grado de insatisfacción del usuario percibido anteriormente en un 60%

## ANÁLISIS DEL FIN

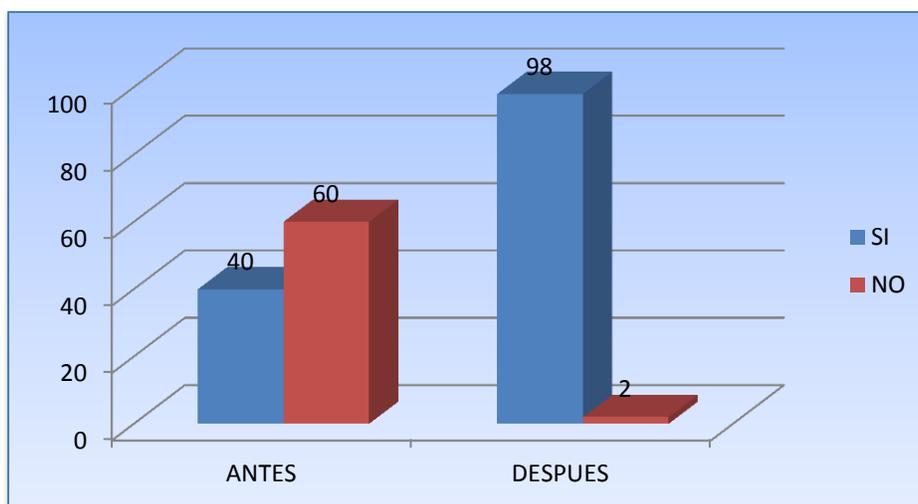
El fin del presente proyecto de acción es mejorar la calidad de atención de salud a los afiliados externos que acuden al servicio de endoscopia del Hospital del IESS y con ello contribuir a que nuestra institución sea más eficaz para brindar tratamientos adecuados evitando pacientes insatisfechos en el servicio antes mencionado.

El indicador establece que los afiliados que acuden al servicio de endoscopia en un 90% reciben una atención adecuada hasta julio del 2011.

Para el análisis recurrimos a encuestas realizadas antes de la ejecución del proyecto y a otras efectuadas luego de concluido el presente proyecto. Se analizan tres aspectos fundamentales.

### 1. Recibió usted información previa sobre el procedimiento endoscópico?

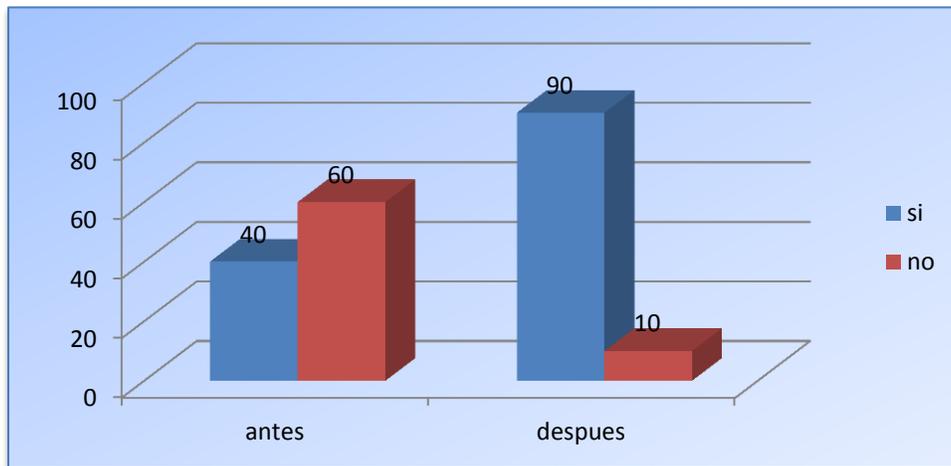
**GRAFICO Nro. 7**



Fuente: Encuesta  
Autora: Dra. Verónica Astudillo

2. La atención recibida, por el personal de endoscopia la considera que fue: Oportuna, humana, integral y continua?

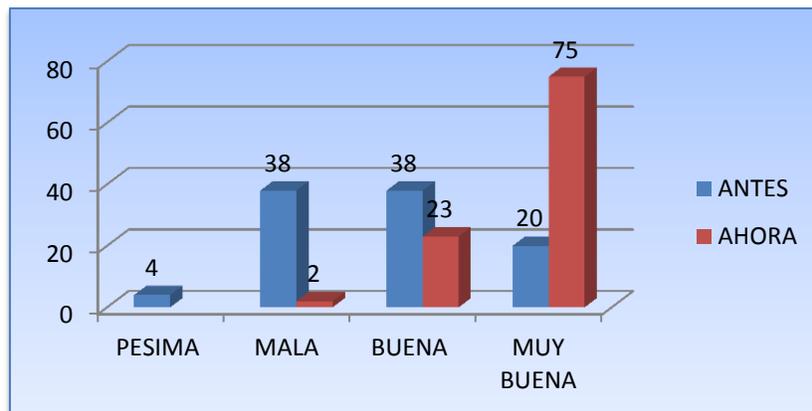
**GRAFICO Nro. 8**



Fuente: Encuesta  
 Autora: Dra. Verónica Astudillo

3. Cómo calificaría usted la calidad de atención recibida en el área de endoscopia?

**GRAFICO Nro. 9**



Fuente: Encuesta  
 Autora: Dra. Verónica Astudillo

El análisis de los resultados comparativos en los cuales se preguntó si el usuario recibió la información pertinente al procedimiento , es evidente que el mayor porcentaje representado por el 98% en la actualidad lo hizo en relación a solo el 60% que lo hizo en la anterior encuesta

De igual manera , en la percepción de una atención oportuna, humana, integral y continua es evidente la mejoría mostrada mejorado tal punto que el 90% de los afiliados lo considera así, estableciendo una diferencia notoria con respecto al 40% que únicamente lo consideraba anteriormente.

Finalmente en la gráfica se observa la nueva apreciación con respecto a la calidad de atención brindada en el servicio de endoscopia, indicando claramente que la mayor parte de estos opina que fue muy buena representado por el 75%. Es importante recalcar que de ésta manera no se alcanzó el objetivo planteado cuyo indicador era que el 90% de los usuarios estarían satisfechos con la calidad de atención brindada.

Considero importante que se debe continuar trabajando con nuevos procesos que permitan satisfacer al 100% las necesidades del usuario y pues brindar una atención integral y con alta calidad a los afiliados del IESS.

## CONCLUSIONES

- La Calidad de Atención se encuentra actualmente fortalecida en un 90%, gracias a la gestión de nuevos procesos como lo son la adecuación y ampliación del espacio físico del servicio de endoscopia.
- Que el personal de enfermería del servicio de Endoscopia del Hospital Manuel Ygnacio Monteros está capacitado para el manejo y desinfección de los equipos de endoscopia.
- Además realizó la implementación de la normativa y protocolos de actuación en los procedimientos endoscópicos, lo cual sin duda permitirá perfeccionar los procesos de atención y organización del servicio.
- El propósito de atender con eficiencia oportuna las necesidades de salud y con ello disminuir la insatisfacción del afiliado externo se ha logrado en gran proporción con las acciones encaminadas para dicho fin sin embargo aún existe un porcentaje pequeño de afiliados insatisfechos, es por ello podemos determinar que la calidad de atención del servicio de endoscopia está cambiando para mejorar y brindar una óptima calidad de atención.

## RECOMENDACIONES:

- Continuar y conformar un equipo de trabajo el cual se mantenga como líder promotor para continuar con capacitaciones sobre actualizaciones científicas relaciones humanas, motivación y trabajo en equipo en forma permanente los mismos que se vean apoyados y fortalecidos por los directivos institucionales exigiendo la participación masiva del personal de salud que labora en el servicio de endoscopia para con ello brindar una excelente calidad de atención al afiliado.
- Insistir con las autoridades institucionales para la completa adecuación y funcionamiento del área de realización de CPRE, lo cual sin duda permitirá el un pronto y optimo manejo de los pacientes con patología biliar.
- Aplicar en lo posible y en forma continua la normativa y los protocolos implementados en el área de endoscopia , lo cual permitirá un mejor desarrollo de los distintos procesos
- Finalmente motivar al personal de salud a concientizar el buen trato a todos los afiliados brindando una óptima calidad de atención de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chiavenato, I. (1995) *Introducción a la Teoría General de la Administración*. (pp. 190- 198) Colombia. Editorial McGraw Hill.
2. Cotton, P. (2000) Capitulo 3 La Unidad de Endoscopia, *Tratado Práctico de endoscopia digestiva*. (pp.21-29) California. San Francisco. Editorial Salvat.
3. Vásquez I, (2008) Capitulo 2 La Sala de Endoscopia: requisitos tecnológicos y funcionales, *Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica*. (pp. 12-37) España. Editorial Panamericana
4. Ginsberg G, Kochman M. Capítulo 1 (2007) Endoscopia Digestiva Alta. *Endoscopia y radiología gastrointestinal* (pp 1-17). España. Editorial Elsevier.
5. Gonzales m, (2003):, Comportamiento Organizacional. *Un Enfoque Latinoamericano*, Mexico Decima Impresión.
6. Alberca, F. (2010). Clinical practice guidelines for managing coagulation in patients undergoing endoscopic procedures. *Rev. Esp. enferm. dig.* [online]. 2010, vol.102, n.2, pp. 124-131. Recuperado : <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010000200007...>
7. Guidelines for the Decontamination of Equipment for Gastrointestinal Endoscopy (2005) pp.20-29. Recuperado de [http://www.bsg.org.uk/clinical\\_prac/guidelines/disinfection.htm](http://www.bsg.org.uk/clinical_prac/guidelines/disinfection.htm),
8. Rodríguez K. (2002) *El concepto de "satisfacción en el trabajo" y su proyección en la enseñanza*", pp. 459, Recuperado de : [www.confedebosco.es/...es/condiciones\\_socio-laborales.pdf](http://www.confedebosco.es/...es/condiciones_socio-laborales.pdf)
9. IESS, Plan Estrategico ( 2009 -2012) pp 1-49
10. Organización Panamericana de la Salud (1992) *La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*, Washington, DC. Recuperado de : [www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf)
11. OPS. (1999). Programa de Garantía y Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D. C. [www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf)

12. [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

13. [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)

14. [www.gastrored.com](http://www.gastrored.com)

15. [www.ASGE.com](http://www.ASGE.com)

16. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)

# APENDICE

# **APENDICE 1**

## **Certificación de realización del trabajo de tesis**

# **APENDICE 2**

## **Imágenes del Hospital y del Actual Área de Endoscopia**

**HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO –I.E.S.S. –LOJA**



**FOTO N° 1. Vista del Hospital del I.E.S.S. – LOJA**  
**FUENTE: La Autora**



**FOTO N° 2. Servicio de Endoscopia del Hospital del I.E.S.S. – LOJA**  
**FUENTE: La Autora**

# **APENDICE 3**

## **Foto y Actas de Reuniones de Capacitación**



**FOTO Nº 3.**Reunión con el equipo de Enfermería del Servicio de Endoscopia primera charla  
**FUENTE:** La Autora



**FOTO Nº 4 .**Reunión con el equipo de Enfermería del Servicio de Endoscopia segunda charla  
**FUENTE:** La Autora

# **APENDICE 4**

## **MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS**

**MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS  
DE ACTUACIÓN EN PROCEDIMIENTOS  
ENDOSCOPICOS DEL AREA DE  
ENDOSCOPIA DEL “HOSPITAL  
MANUEL YGNACIO MONTEROS” IESS  
LOJA**

**MAESTRIA DE GERENCIA EN SALUD PARA  
EL DESARROLLO LOCAL UTPL**

**Elaborado por:**

**Dra. Verónica Astudillo**

**MAESTRANTE**



# **NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL AREA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA HOSPITAL DEL IESS LOJA**

---

## **INTRODUCCIÓN**

La presente Norma de Organización y Funcionamiento de la Endoscopia Digestiva tiene por finalidad la mejora continua de la calidad de la atención al afiliado que acude al servicio de Endoscopia, y se ha elaborado de acuerdo a las pautas de Categorización según niveles de riesgo.

## **DEFINICIÓN DE AREA**

La endoscopia digestiva es una metodología diagnóstica y terapéutica universalmente aceptada para el manejo de las enfermedades del aparato digestivo. Es el método de elección para el primer abordaje diagnóstico de muchas enfermedades agudas y crónicas y el método de tratamiento paliativo o definitivo de muchos procesos patológicos. El desarrollo de esta metodología ha redefinido muchas entidades nosológicas y se han establecido normas y estándares médicos basados en su utilización.

## **OBJETIVOS GENERALES DE LA ENDOSCOPIA**

- Evaluación de la indicación, evaluación del paciente y planificación de la práctica
- Ejecución de exámenes endoscópicos diagnósticos y/o terapéuticos en tubo digestivo y en vía biliar y páncreas
- Tareas formativas y de investigación

## **CATEGORIZACIÓN POR NIVELES DE RIESGO**

La Asociación Americana de Endoscopia (ASGE) ha logrado categorizar a los centros de endoscopia por niveles de riesgo, basados en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano, agregándose en el caso de la endoscopía el grado de riesgo del procedimiento al que será sometido un paciente y las necesidades mínimas indispensables para la seguridad en atención a la complejidad de la práctica y sus probables eventos negativos.

### **NIVEL I: BAJO RIESGO**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Es la puerta de entrada de atención de pacientes ambulatorios con patologías digestivas que requieren de exámenes endoscópicos. Incluye la acción evaluatoria y preparatoria previas a la ejecución de las prácticas y es también el nivel para efectuar prácticas endoscópicas diagnósticas programadas en pacientes con riesgo habitual.

#### **ACCIONES**

- Consulta de evaluación: indicación correcta de la práctica, riesgos del paciente, antecedentes de reacciones adversas a drogas, suspensión de medicación anticoagulante o antiagregante, revisión de exámenes por imágenes y endoscopías anteriores, investigar tolerancia a exámenes previos, necesidad de profilaxis antibiótica, indicaciones de preparación, indicación de exámenes complementarios previos necesarios, explicación de riesgos y beneficios, consentimiento informado, establecer los objetivos a lograr y planificar la práctica.
- Realización de Prácticas: ejecución de endoscopias diagnósticas altas (esófago gastro duodenales) o bajas (colonoscópicas), ambulatorias, con premedicación y medicación anestésica local en pacientes con riesgo habitual. Incluye las acciones accesorias de biopsia, toma de material para citología por cepillado o punción, tinciones vitales.

## **MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO.**

### **GUIA DE PROCEDIMIENTOS:**

La secuencia de una práctica endoscópica consta de los siguientes pasos:

- Controlar el adecuado funcionamiento de instrumental y accesorios
- Supervisar las condiciones adecuadas de toda la infraestructura que se usará durante la práctica
- Uso de los elementos de protección y bioseguridad
- Explicación al paciente de lo que se le va a realizar
- Controlar el cumplimiento de una adecuada preparación del órgano a explorar según indicaciones previas
- Aplicación de profilaxis antibiótica si hay indicación
- Aplicación de premedicación y anestesia local que aseguren comodidad y seguridad con la menor dosis posible
- Introducción del instrumental, exploración y maniobras accesorias
- Opción registro de imágenes de importancia diagnóstica por video filmación o por fotografía
- Rotular los frascos con material histológico o citológico para enviar a su análisis
- Desinfección del instrumental utilizado según normas vigentes
- Cuidado post endoscópico inmediato del paciente
- Explicación al paciente y familiares interesados del resultado (preinforme), de los cuidados posteriores, signos de alarma y qué hacer si se los detecta.
- Confeccionar pedido de examen anatomopatológico
- Confeccionar informe endoscópico donde constarán los datos personales del paciente, fecha, tipo de estudio efectuado, nombre del operador. Se relatarán los territorios explorados, los hallazgos significativos y se dejará constancia de la toma de material para estudio histológico y si hubo documentación fotográfica o por video. Se detallará cualquier evento negativo o hallazgo que pueda necesitar un tratamiento o vigilancia especial posteriores.

- Debe contarse con la cobertura de un servicio de emergencia con unidades de terapia móvil y conexión directa a centros de atención de emergencias y a Instituciones de mayor complejidad con organigrama de derivación urgente.

## DOCUMENTACIÓN

### Deben llevarse

- Un libro foliado donde se vuelcan los informes;
- Un archivo de consentimientos informados que según el funcionamiento de la institución se adosan a la ficha de historia clínica o se guarda en una carpeta correlativa abierta a tal fin;
- Opcionalmente un archivo de fotografías o videos de las practicas realizadas

## RECURSOS FÍSICOS

### PLANTA FÍSICA: UNIDAD FUNCIONAL:

a) Unidad consultorio metraje mínimo de 9 m2		
Zonificado:	área entrevista:	escritorio y 2 sillas
	área vestuario	
	área examen:	mesa de examen
		mesada con pileta
		camilla adecuada
Características:	Superficie de pisos lisas y lavables	
	Paredes superficie lisa y lavable	
	Comunicación telefónica Int. y/o ext.	
	Iluminación natural con atenuación	
	Ventilación natural o forzada	
	Privacidad y aislamiento	
	Acondicionamiento térmico	

Equipamiento:	Tubo de oxígeno	
	Aspirador	
	Descartadores para material corto punzante	
	Elementos de protección para el Personal (barbijos, antiparras, etc.)	
	Tensiómetro – Botiquín emergencias	
	Caja de paro y laringoscopio	
b) Áreas Complementarias		
<b>Recepción</b>		
Sanitarios:	en consultorio:	1 baño con inodoro y lavabo
	en instituciones:	en relación directa con el consultorio o el área de espera del sector: 1 baño masculino, 1 baño femenino y 1 baño para discapacitados.
Procesamiento:	área depósito, área esterilización con abertura de ventilación permanente	

### **INSTRUMENTAL**

- a) Fuente de luz halógena con lámpara de repuesto o fuente de luz de xenón
- b) Endoscopios sumergibles (mínimo uno por técnica)
- c) Accesorios instrumentales para diagnóstico y también de terapéutica para el caso de imprevistos (aguja inyectora, lazo, etc.)

### **RECURSOS HUMANOS**

Condiciones y requisitos para la acreditación de aptitudes profesionales para el ejercicio de la endoscopía digestiva:

Médico con la siguiente formación:

Gastroenterólogo: con un mínimo de 2 años de ejercicio en la especialidad, con título obtenido a través de:

- a) Curso Societario ó Universitario con título reconocido

- b) Reconocimiento de Colegio Médico por concurso de antecedentes
- c) Residencia completa de Gastroenterología

Cirujano: con un mínimo de 3 años de ejercicio de la especialidad, con título acreditado por entidad competente y con experiencia demostrable en la patología digestiva (certificación de servicio, cursos, trabajos, docencia, etc.)

Formación y práctica en endoscopía: experiencia práctica en endoscopía por un mínimo de 2 años, habiendo efectuado en dicho período el siguiente número de procedimientos supervisados por docentes reconocidos por AAED, todo ello debidamente documentado (para el Nivel 1 de riesgo):

Esofagogastroduodenoscopias diagnósticas	100
Colonoscopías diagnósticas.	75
Sigmoideoscopia flexible	25
Polipectomías	20
Hemostasia no variceal (incluidas 10 en sangrado activo)	20

- No serán considerados demostración de competencia ni criterio único o principal para el ejercicio de la endoscopía digestiva la sola actuación en Sociedades ni la autoformación sin supervisión adecuada o sólo a través de cursos de carácter esencialmente teórico.
- Tampoco el endoscopista debe ser solo un técnico en procedimientos sino que debe ejercer la actividad incluyendo una formación adecuada para definir indicaciones, oportunidad de cada examen, riesgos y beneficios, complicaciones y cómo encararlas, desinfección y bioseguridad, uso adecuado de la terminología, todo ello acreditado a través de Cursos avalados por AAED que garanticen el conocimiento de estos ítems.
- El/la asistente en endoscopía, que debe estar presente durante todo el procedimiento, tiene como requisito mínimo el título de auxiliar en enfermería.

## **NIVEL II: MEDIANO RIESGO**

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realiza las mismas acciones del nivel I de bajo riesgo a las que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos o terapéuticos que representan un mayor riesgo.
- Puede corresponder a la estructura de un servicio o centro ambulatorio y puede recibir pacientes internados derivados de otros centros.
- Es marco adecuado para la Docencia y entrenamiento práctico dirigido a médicos y asistentes (formación endoscópica) y para desarrollar proyectos de Investigación.

## **ACCIONES**

A las acciones del nivel I (bajo riesgo) se agrega la ejecución de prácticas endoscópicas diagnósticas con o sin uso de medicación anestésica y endoscopías terapéuticas en pacientes con riesgo habitual o con necesidad de monitoreo cardiológico durante la práctica, y que pueden requerir programadamente el apoyo del servicio de radiología.

Se incluye en este nivel:

- Prácticas endoscópicas tales como polipeptomías, esclerosis y ligaduras programadas, extracción de cuerpos extraños, colocación de sondas, mucossectomías, dilataciones, electrocoagulación de lesiones, hot biopsy, colangiopancreatografía retrógrada y esfinteropapilotomía, gastrostomía endoscópica.
- Docencia postgrado para la formación de médicos endoscopistas.
- Docencia para la formación de asistentes en endoscopia digestiva.
- Proyectos de Investigación

## **RECURSOS FÍSICOS:**

- A los recursos físicos requeridos en el Nivel I de bajo riesgo se agrega:
- Mayor amplitud de la sala de endoscopia (mínimo 15 m2)
- Lugar destinado a la recuperación postendoscópica y postanestésica
- Puertas y pasillos que permitan el paso de silla de ruedas o camillas
- Lugar de espera de para pacientes derivados de otros Centros en camilla o sillón de ruedas

## EQUIPAMIENTO

- Al equipamiento establecido para el nivel I de bajo riesgo se agrega:
- Unidad de electrocoagulación
- Disponibilidad de oxímetro de pulso, monitor y desfibrilador
- Disponibilidad de instrumental de anestesia
- Equipos de protección de radiaciones si en el lugar se usa rayos X
- En caso de ejercer docencia debe contarse con videoendoscopio o videocámara

## RECURSOS HUMANOS

El médico endoscopista debe agregar a los requisitos exigidos en el nivel I de bajo riesgo, el siguiente entrenamiento debidamente documentado:

<b>Hemostasia variceal (incluido 5 sangrados activos)</b>	15
<b>Dilatación esofágica</b>	15
<b>Colangiopancreatografía diagnóstica</b>	75
<b>Colangiopancreatografía terapéutica (esfinteropapilotomías)</b>	25
<b>Dilatación neumática de acalasia</b>	5
<b>Gastrostomía endoscópica</b>	10

En este nivel el / la asistente en endoscopia debe tener certificado un entrenamiento previo en prácticas endoscópicas de mayor complejidad, y todo el personal actuante debe tener entrenamiento y una planificación para actuar en caso de emergencias o eventos negativos.

Debe haber personal administrativo entrenado en la relación con las prácticas, el personal profesional y los pacientes.

Según las necesidades se agrega médico anesthesiólogo, médico cardiólogo y técnico o médico radiólogo.

## MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO

Al nivel I de bajo riesgo se agrega:

- Programación de atención: reserva de tiempo adecuado a c/ práctica
- Coordinación del equipo asistencial
- Previsión de insumos necesarios

#### **AREAS DE APOYO**

- Anestesiología
- Radiología
- Cardiología

#### **NIVEL III: ALTO RIESGO**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos o procedimientos diagnósticos y / o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto sea por el recurso humano capacitado como así también el recurso tecnológico disponible.
- Es ámbito para docencia e investigación en sus máximos niveles.
- Corresponde a Instituciones de alta complejidad que cuenten con los servicios de apoyo necesarios y con acceso inmediato a servicios que cubran emergencias y/o cuidados adecuados postendoscópicos.

#### **ACCIONES**

- Las de los niveles I y II agregándose en este nivel III el ejecutar endoscopías diagnósticas con o sin sedación o uso de medicación anestésica en pacientes con patologías concomitantes de alto riesgo
- Para la realización de endoscopías terapéuticas de alta complejidad y riesgo como pueden ser la colocación de prótesis, tratamientos complejos en la vía biliar pancreática, resección de tumores submucosos, extracción de cuerpos extraños peligrosos, etc.

- También es el ámbito adecuado para pacientes agudos que ingresan por hemorragia digestiva activa o reciente, o provenientes de sala de emergencia, terapia intermedia y ocasionalmente terapia intensiva.

### RECURSOS FÍSICOS

A los de los niveles I y II se agrega:

- Superficie de trabajo mínima de 20 m<sup>2</sup>
- Lugar destinado a recuperación para un mínimo de 24 hs de estadía con personal médico y de enfermería para su cuidado
- Posibilidad de acceso inmediato a servicios de apoyo de emergencias

### RECURSOS HUMANOS

El médico endoscopista debe agregar a los requisitos exigidos en los niveles I de bajo riesgo y II de mediano riesgo la demostración de experiencia en:

### ÁREAS DE APOYO

Colocación de prótesis esofágicas	10
Colocación de prótesis biliares	5

Se agrega a las áreas de los niveles I y II las siguientes:

- Servicio de Hemoterapia 24 hs. ó Servicio contratado que garantice la administración de sangre y hemoderivados durante las 24 hs.
- Guardia médica
- Enfermería permanente
- Unidad de cuidados intensivos
- Laboratorio central (24 hs.)

### CUADRO DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS PRINCIPALES

NIVEL I (riesgo bajo)	NIVEL II (riesgo moderado)	NIVEL III (riesgo alto)
Consulta evaluatoria Endoscopia alta	Polipectomías Esclerosis programada	Colocación de prótesis Procedimientos complejos

diagnóstica Colonoscopia diagnóstica Biopsia Citología Tinciones	Ligadura Extracción cuerpos extraños Colocación sondas de alimentación Mucosectomías Dilataciones Electrocoagulación Hot biopsy Colangiografía retrógrada Esfinteropapilotomía Gastrostomía	en vía biliar Resección tumores Extracción cuerpos extraños peligrosos Hemorragia digestiva aguda activa o reciente
Paciente de riesgo habitual. Premedicación. Anestesia solo local.	Paciente riesgo aumentado Sedación anestésica	Paciente alto riesgo Derivados de UTI Derivados de guardia

La unidad de Endoscopia del Hospital Manuel Ygnacio Montero , corresponde a un nivel II ,es decir se realizan procedimientos de riesgo moderado.

## **NORMAS PARA LA DESINFECCIÓN DE ENDOSCOPIOS**

### **Principios que se aplican a todas las normas**

#### **Pre-limpieza**

- Pre-limpiar inmediatamente

#### **Limpieza**

- Siempre realizar pruebas de fugas y pruebas de bloqueo antes de sumergir el endoscopio en un detergente o en la solución jabonosa, ya que esto puede ayudar a evitar reparaciones caras más adelante.

#### **Enjuague**

- Siempre enjuague antes de la limpieza y la desinfección

#### **Desinfección**

- Siempre sumerja el endoscopio y las válvulas en una solución desinfectante de eficacia probada
- Siempre irrigue todos los canales con una jeringa hasta eliminar el aire, para evitar espacios muertos
- Siempre respete las recomendaciones del fabricante relativas a los tiempos de contacto mínimos y la temperatura correcta para la solución de desinfección.
- Siempre observe las recomendaciones del fabricante en relación a los valores de aire comprimido
- Siempre retire la solución de desinfección barriendo profusamente con chorro de aire antes de enjuagar
- Siempre determine si la solución desinfectante sigue siendo efectiva analizándola con una tira de test suministrada por el fabricante.

### **Enjuague final**

- Siempre descartar el agua de enjuague después de cada uso para evitar la concentración del desinfectante que pueda dañar la mucosa
- Nunca utilizar el mismo recipiente para el primer enjuague y el enjuague final

### **Secado**

- Siempre seque el endoscopio correctamente antes de guardarlo para evitar la multiplicación microbiana en los canales del endoscopio.

### **Almacenamiento**

- Nunca guarde el endoscopio en un recipiente de transporte

## **FASES DE LA DESINFECCIÓN**

La desinfección comprende 3 fases: limpieza mecánica, desinfección propiamente dicha y, por último, aclarado externo, secado y almacenamiento adecuado.

### **1. LIMPIEZA MECÁNICA**

Consiste en la limpieza de la superficie del aparato, así como el cepillado con agua y detergente enzimático de los canales del endoscopio y el material accesorio, para eliminar los restos de material orgánico, como sangre, moco y saliva, que pueden ser ricos en microorganismos.

Esta fase se podría estructurar en los siguientes pasos:

1. Inmediatamente después de completada la exploración se succiona durante unos 10-15 s, a través del canal de aspiración, una solución con un detergente enzimático con la finalidad de eliminar los restos de sangre o moco que hayan podido quedar dentro de dicho canal.
2. Posteriormente, tras retirar las válvulas de los canales de aspiración e insuflación/lavado, así como el tapón del canal de instrumentación, el endoscopio se sumerge en una solución con detergente enzimático. La superficie externa del endoscopio se limpia con esponjas y/o gasas, y el extremo distal se cepilla con un cepillo suave, prestando especial atención al orificio de insuflación/lavado, y en el caso de duodenoscopios a la uña elevadora.
3. El canal de aspiración/instrumentación y todos los canales accesibles deben limpiarse con ayuda de un catéter cepillo especialmente diseñado para cada endoscopio.

Este cepillo debe introducirse al menos 3 veces a través del canal de instrumentación y, posteriormente, a través del orificio de succión, dirigiéndolo

primero hacia el extremo distal del endoscopio, y finalmente hacia la conexión del endoscopio con la fuente de vacío. Cada vez que se introduce el cepillo por alguno de los canales, éste debe limpiarse en la solución con el detergente enzimático.

4. Aclarar los canales mediante la irrigación de agua, y posteriormente secar con aire.

En esta fase de la desinfección, no se deben utilizar detergentes con aldehídos, porque pueden causar desnaturalación y coagulación de las proteínas, fijándolas a la superficie del endoscopio. Tampoco se deben utilizar detergentes espumosos porque dificultan la visualización de la superficie del endoscopio durante la limpieza. También es importante desechar el detergente enzimático después de cada uso porque estos productos no tienen acción microbicida y, por tanto, no retrasan el crecimiento bacteriano.

Al finalizar esta fase, es recomendable realizar una inspección del endoscopio y un test de «estanqueidad» que permite detectar la presencia de interrupciones de la superficie interna o externa. Éstas pueden ser un foco de colonización de microorganismos de difícil eliminación, así como generar averías importantes por entrada de líquido en el endoscopio.

En el caso de que el test de «estanqueidad » detecte un daño en la superficie del endoscopio, éste se debe enviar para su reparación, y no continuar con su desinfección.

La limpieza mecánica es quizás la fase más importante de la desinfección por varios motivos: *a)* la presencia de restos de materia orgánica puede hacer ineficaz la desinfección propiamente dicha o la esterilización, ya que favorece la formación de biocapas bacterianas en la superficie interna del endoscopio que dificultan la acción de la mayoría de desinfectantes, y *b)* es una fase que se realiza de forma manual, por lo que su eficacia depende del personal.

Por tanto, es fundamental la educación del personal auxiliar, recalcando la trascendencia de su misión en materia de prevención de enfermedades.

Se ha demostrado que la realización de una limpieza manual de una forma metódica puede eliminar hasta el 99% de los microorganismos, y se acepta que corresponde a una disminución de la carga bacteriana de  $4\text{Log}^{10}$ .

## **2. DESINFECCIÓN PROPIAMENTE DICHA**

Los endoscopios son instrumentos sensibles al calor y no pueden someterse a esterilización por autoclave, por lo que se recomienda, como ya se ha mencionado, la

desinfección de «alto nivel». Esta desinfección se obtiene por inmersión del endoscopio en soluciones desinfectantes, que tienen que estar en contacto con toda su superficie.

Además, para que el desinfectante pueda actuar sobre las superficies internas del endoscopio, todos sus canales accesibles se deben llenar con la misma solución. El tiempo de inmersión varía según el desinfectante utilizado; se recomienda un mínimo de 20 min en el caso del glutaraldehído al 2%.

Actualmente hay numerosos productos comerciales que han demostrado conseguir una desinfección de «alto nivel». Sin embargo, el desinfectante ideal eficaz ante todos los microorganismos en un tiempo corto, que además no dañe el utillaje y que no afecte a las personas ni al medio ambiente, no existe.

Quizás el producto del que se tiene más experiencia es el glutaraldehído al 2%, considerado además como el desinfectante de referencia con el que se compara la eficacia del resto de productos.

Diversos estudios han demostrado que su aplicación durante 20 min, a una temperatura de 20 °C, es eficaz para la eliminación de micobacterias, virus y bacterias del endoscopio. La fijación del material orgánico y las proteínas exige que antes de su utilización deba realizarse una metódica limpieza manual del endoscopio con detergentes enzimáticos. Su principal inconveniente son los efectos secundarios en el personal y los pacientes, ya que se ha asociado a cefalea, conjuntivitis, asma, irritación nasal, sinusitis, dermatitis alérgica (por irritación e hipersensibilidad), y el desarrollo de colitis en los pacientes.

### **3. ACLARADO, SECADO Y ALMACENAMIENTO ADECUADO**

Después de la desinfección de «alto nivel», el endoscopio debe aclararse con agua destilada estéril, para eliminar todos los restos del desinfectante y evitar los posibles efectos tóxicos de éste sobre los pacientes. Se han descrito casos de colitis química, similar a una colitis pseudomembranosa, en relación con el empleo de glutaraldehído y peróxido de hidrógeno al 3%.

En el aclarado se debe utilizar agua destilada estéril para evitar una posible contaminación del endoscopio con bacterias como *Pseudomonas*, cuya presencia se ha demostrado en los tapones de los recipientes de agua. Finalmente, tanto la superficie externa como los canales del endoscopio deben secarse cuidadosamente para evitar el crecimiento bacteriano que puede verse favorecido por un ambiente húmedo.

Se ha descrito que la realización de un segundo aclarado con alcohol al 70%, seguida de un nuevo secado con aire, mejora la eficacia de la desinfección y disminuye el riesgo de contaminación por *Pseudomonas*.

La ASGE recomienda realizar este aclarado con alcohol entre cada exploración en los centros en que no se utilice agua destilada estéril para el aclarado del endoscopio, y al finalizar la jornada de trabajo en todas las unidades. El almacenamiento de los endoscopios se debe realizar en armarios con buena ventilación. Los aparatos se colgarán verticalmente para facilitar su secado, y previamente se deben retirar las válvulas de insuflación y aspiración/lavado, el tapón del canal de instrumentación y el capuchón distal en el caso de los duodenoscopios

Asegúrese que las válvulas estén bien secas y lubrique lo que sea necesario

Guarde las válvulas por separado o guarde el endoscopio en una caja cerrada limpia con las válvulas

### **MATERIAL ENDOSCÓPICO ACCESORIO**

En general, todo el material accesorio que puede contactar con la sangre del paciente debe someterse a un proceso de esterilización tras la limpieza mecánica. La limpieza de este material, antes de la esterilización debe ser extremadamente cuidadosa, y debe incluir una limpieza ultrasónica para facilitar la eliminación de todos los restos de materia orgánica. Sin embargo, debido a la estructura de estos dispositivos puede resultar extremadamente difícil la eliminación completa de todos los restos orgánicos y, por tanto, su esterilización eficaz. Además, se han descrito casos de infección por *Salmonella*, VHB y VHC tras la realización de endoscopia digestiva que se relacionaron con una desinfección inadecuada de las pinzas de biopsia.

Por estos motivos, la tendencia actual es emplear cada vez con mayor frecuencia material accesorio desechable con el fin de evitar la inseguridad en los resultados de la esterilización, pérdidas de tiempo y riesgos para el personal auxiliar (fundamentalmente inoculación accidental con las agujas de esclerosis). En diversos estudios prospectivos de coste-efectividad, que comparan el empleo de pinzas de biopsia reutilizables y desechables, se concluye que las pinzas reutilizables tienen un coste económico menor si éstas se usan frecuentemente (más de 20 veces). Sin embargo, en los costes de las pinzas reutilizables hay que añadir los derivados de la esterilización, y los precios de las pinzas desechables tienden a ser cada vez menores. Actualmente, las boquillas, el material accesorio para la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

(esfinterotomos, balones de Fogarty, guías, etc.), las pinzas de biopsia, las asas de polipectomía, los cepillos para citología y las agujas de esclerosis se pueden adquirir para un solo uso, a unos precios aceptables.

El bote de agua para la irrigación e insuflación se contamina frecuentemente por bacterias, especialmente *Pseudomonas*, por lo que se recomienda realizar su limpieza y desinfección de «alto nivel» después de cada jornada de trabajo.

### **ASEGURAMIENTO DE CALIDAD**

Tan importante como realizar la desinfección siguiendo las recomendaciones establecidas, es realizar un control periódico para controlar la efectividad de las medidas de desinfección en la práctica clínica habitual, es decir, en nuestro medio. Se ha demostrado que la realización de cultivos microbiológicos del endoscopio de forma periódica puede facilitar la detección de fallos en la desinfección o la presencia de interrupciones de la superficie del endoscopio que favorezcan la persistencia de infección.

Sin embargo, actualmente no hay ninguna recomendación relativa al método de cultivo microbiológico, ni tampoco a la periodicidad con la que se debe realizar.

La «desinfección de alto nivel» es un concepto que no se sustenta sobre datos objetivos, lo que da lugar a dudas, cuando con un método microbiológico sensible se detectan algunos microorganismos en el material sometido a desinfección. Es necesario considerar que, en función del tamaño de la inócula y del método microbiológico utilizado, la sensibilidad del estudio varía. Los métodos de valoración de la desinfección pueden ser cuantitativos relativos (disminución de la carga bacteriana, para lo que se suele utilizar la reducción logarítmica en función de la carga bacteriana inicial conocida) o cuantitativos absolutos contando el número de unidades formadoras de colonias (UFC) por ml, generalmente en cultivos efectuados en placa. Otro método de valoración es el cualitativo, en el cual únicamente se valora el hecho de que en un medio de cultivo se aprecie la presencia de crecimiento bacteriano.

De esta forma, si después de la incubación de una inócula introducida en un medio líquido, como el tioglicolato, se aprecia turbidez, ello indica un crecimiento bacteriano. El hecho de que aumentando el volumen de la inócula por 10, 100... se incremente proporcionalmente la sensibilidad del método microbiológico, permite comprender que la detección de algún microorganismo, si se utilizan métodos sensibles, únicamente es útil en la realización de estudios<sup>41</sup>. En general, se considera que la negatividad de las

siembras en placa es suficiente, si no se obtiene crecimiento bacteriano, para demostrar que se ha obtenido una «desinfección de alto nivel».

La recogida de muestras de los endoscopios para valorar la desinfección puede realizarse de la siguiente manera. Una vez finalizada la desinfección y el secado de los endoscopios, cada uno de los canales se irriga con 10 ml de suero salino. El efluente se recoge en condiciones estériles y se remite al laboratorio de microbiología, para realizar siembra en placas agar (método cuantitativo) o inoculación en líquido tioglicolato (método cualitativo). Se ha comunicado que la introducción de un cepillo estéril a través de los canales puede aumentar la rentabilidad de los cultivo.

Por último, es recomendable realizar un diario para establecer el seguimiento de la transmisión de las infecciones o los posibles efectos secundarios relacionados con la endoscopia y la desinfección, en el que se recojan los datos del paciente, el endoscopio utilizado, el tipo de desinfección y el personal que participa en ella.

### **ERRORES EN EL REPROCESAMIENTO**

Se han comunicado muy pocos casos de transmisión de patógenos durante la endoscopia gastrointestinal en la literatura en los últimos diez años. Las causas reportadas incluyen la falta de esterilización de la pinza de biopsia entre los pacientes, violación de los protocolos aceptados de reprocesamiento de los endoscopios, y el no observar las prácticas de control de infección general (uso inapropiado de viales de múltiples dosis/ frascos/ y/o reutilización de jeringas). Hay frecuentes problemas organizativos que llevan a errores en el reprocesado, incluyendo fallas administrativas, un número insuficiente de endoscopios, falta de personal, y fallas en el proceso de desinfección.

El riesgo de transmitir una infección por procedimientos endoscópicos se relaciona con los siguientes factores: Exposición del equipo a microorganismos

- Diseño del instrumento
- Tiempo insuficiente de exposición
- Materiales inferiores al estándar
- Frascos de agua o soluciones de irrigación contaminados
- Contaminación del reprocesador automático
- Uso inadecuado del reprocesador automático
- Diseño del reprocesador automático
- Secado inadecuado antes del almacenamiento

## **CAPACITACIÓN DEL PERSONAL**

Todo el personal de la salud en una unidad de endoscopía debe recibir entrenamiento en las medidas de control estándar incluyendo aquellas diseñadas para proteger tanto a los pacientes como a los trabajadores de la salud. El personal designado para reprocesar endoscopios debería recibir instrucciones de reprocesamiento específicas para el aparato en cuestión, asegurando que estén calificados para desempeñar la limpieza o la desinfección de alto nivel o los procedimientos de esterilización correctamente.

La competencia del personal que reprocesa los endoscopios debe ser sometida a prueba regularmente. Todo personal que maneja productos químicos debe recibir información sobre los peligros biológicos y químicos asociados con los procedimientos utilizando desinfectantes. Debe contarse con equipos de protección (por ejemplo guantes, túnicas, antiparras, máscaras faciales, dispositivos de protección respiratoria) para los trabajadores de la salud y deben ser utilizados como corresponde para protegerlos de la exposición a sustancias químicas, sangre y otro material potencialmente infeccioso. Las dependencias donde se utilizan y desinfectan endoscopios deben estar diseñadas como para brindar un ambiente seguro a los profesionales de la salud y los pacientes.

Deben utilizarse equipos de intercambio de aire (por ejemplo sistema de ventilación, campanas de ventilación) para minimizar la exposición de todas las personas a vapores potencialmente tóxicos de sustancias tales como el glutaraldehído.

La concentración de vapor del esterilizante químico utilizado no debe superar los límites establecidos; deben realizarse pruebas regularmente para asegurar que esto sea así.

## **MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA EL PERSONAL**

El personal sanitario que trabaja en una unidad de endoscopias se expone diariamente a productos químicos con conocidos efectos secundarios, así como a material biológico procedente del paciente (moco, sangre, etc.), con un riesgo potencial de transmisión de infecciones.

Por este motivo, es importante adoptar una serie de medidas de protección, tanto general como individual.

1. Educación del personal auxiliar sobre la manipulación y los riesgos de toxicidad de los productos de desinfección (desinfectantes y máquinas de lavado automáticas). Igualmente, se debe instruir sobre los riesgos de transmisión de infecciones durante la

endoscopia y la manipulación de los endoscopios y el material accesorio. El personal temporal que participa en la desinfección debería estar supervisado hasta que demuestre su capacitación.

2. Utilización de medidas de protección personal, como guantes y batas impermeables desechables, gafas y máscaras respiratorias, para minimizar los riesgos de exposición tanto a los desinfectantes, como al material biológico potencialmente infeccioso (moco, sangre, etc.).

3. Es conveniente que la sala de desinfección esté situada en un lugar diferente a las salas de exploración, y su diseño debería asegurar un ambiente seguro, tanto para el personal sanitario como para los pacientes.

4. Es recomendable disponer de ventilación adecuada y un sistema de extracción de aire para minimizar los riesgos de exposición a los vapores potencialmente tóxicos de los desinfectantes. La concentración de vapor del desinfectante no debería exceder los límites establecidos por los organismos de prevención de riesgos laborales y los servicios de medicina preventiva.

5. Vacunación frente al VHB



# **PROTOSCOLOS Y NORMAS PARA** **LOS PROCEDIMIENTOS** **ENDOSCOPIOS.**

## **PROTOSCOLO 1**

### **ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR**

#### **DEFINICION**

Es una técnica diagnóstica utilizada sobre todo en medicina que consiste en la introducción de un endoscopio a través de un orificio natural para visualización, además de ser un procedimiento diagnóstico mínimamente invasivo, también puede realizar maniobras terapéuticas o la toma de biopsias.

#### **OBJETIVO**

Visualizar todas las zonas de la parte digestiva alta (esófago, estómago y duodeno) y detectar lesiones.

#### **INDICACIONES**

- Pacientes con dispepsia.
- Hematemesis
- Pérdida de peso
- Disfagia

Sospecha de cáncer

- Tumores, lesiones ulceradas o irregularidades detectadas en el examen radiológico con bario.
- Alteraciones funcionales.
- Retención gástrica
- Obstrucciones orgánicas del píloro
- Gastroparesia funcionales
- Hipersecreción gástrica de ácido
- Hemorragias subepiteliales
- Cuerpos extraños
- Ingestión de cáusticos

### **CONTRAINDICACIONES**

- Estenosis cricofaríngea severa
- Depresión cardiorrespiratoria severa

### **MATERIALES Y EQUIPOS**

- Torre de videoendoscopia
- Videoendoscopio
- Pulso-oxímetro
- Pinza de biopsia
- Guantes desechables
- Gasa
- Boquilla
- Babero
- Jeringa
- Medicamentos: Midazolam Meperidina
- Xilocaina spray
- Papel filtro
- Palillo

### **DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO**

- Ubicar al paciente en la camilla en decúbito lateral izquierdo.
- Colocar el babero al paciente, cubriendo el hombro y la almohada que queda sobre la camilla.

- Aplicar xilocaina spray en la garganta del paciente para disminuir la tos y la náusea que se presenta al introducir el endoscopio
- Instalar pulso-oxímetro al paciente.
- Realizar asepsia en la vena elegida.
- Aplicar sedación al paciente (variable)
- Colocar al paciente la boquilla y fijarla con la tirilla.
- Colocar la riñonera sobre el babero.
- Se pasa el endoscopio bajo visión directa hasta la hipofaringe en donde se ubica el seno periforme y se avanza hasta el esófago superior observando la distensibilidad y mucosa de todo el órgano hasta el esfínter esofágico inferior. Se pasa al estómago también evaluando la distensibilidad, contenido y mucosa de todo el órgano y con toma de biopsias de las zonas de sospecha. Se avanza por el píloro hasta la segunda porción duodenal.
- Tomar biopsia de acuerdo a los hallazgos encontrados y rotular con los datos de filiación del paciente

### **PRECAUCIONES**

Tener ayuno mínimo de 6 horas.

Investigar si el paciente está bajo tratamiento de anticoagulación

### **EDUCACION AL USUARIO Y SU FAMILIA**

- Darle instrucciones al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar.
- Indicar la importancia del ayuno para asegurar un buen diagnóstico y minimizar las posibles

Complicaciones.

- Registro clínico de procedimientos
- Consentimiento informado
- Preparación para endoscopia
- Recomendaciones

Elaborado por : Dra. Verónica Astudillo

## **PROTOCOLO 2**

### **COLONOSCOPIA**

#### **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

La colonoscopia es una exploración visual del intestino grueso (colon) y en ocasiones de los últimos centímetros de íleon cuya finalidad es poder diagnosticar enfermedades de estas localizaciones. Para realizarla se coloca al paciente habitualmente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión (colonoscopio) por el ano que se progresa por el colon examinando su pared.

El tiempo de la exploración es muy variable, pero puede durar entre 15 y 60 minutos. Es normal que el paciente presente durante la exploración distensión abdominal ya que es necesario introducir aire para una adecuada visualización.

Si es necesario en el curso de la exploración, se tomarán pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. En caso de observar pólipos, estos se extirparán (polipectomía), recuperándose si es posible para su estudio histológico.

Para la polipectomía se utiliza un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad de electroquirúrgica que corta la lesión y coagula su base de implantación. En ocasiones y según las características del pólipo, antes de su extirpación pueden ser necesarias diferentes técnicas que se aplican en la

base de implantación para prevenir el sangrado, como la colocación de un lazo plástico, de un clip metálico o la inyección de sustancias.

## **PREPARACIÓN**

Para conseguir una adecuada valoración del colon debe estar totalmente limpio de heces, por lo que se le debe entregar una hoja adjunta con la preparación que debe hacer. Es importante que los pacientes informe al médico y a la enfermera de alergias conocidas o reacciones previas a medicamentos, enfermedades importantes que padezca y medicamentos que tome de forma habitual.

## **RIESGOS**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en un porcentaje pequeño de pacientes puede no conseguirse el diagnóstico o tratamiento perseguido o pueden presentarse efectos indeseables como dolor abdominal, mareo, hipotensión, reacción alérgica o flebitis. La perforación del colon y la hemorragia digestiva son muy raras (menos de una por cada 1000 exploraciones) pero pueden requerir una intervención quirúrgica o/y una transfusión de sangre.

Al realizar polipectomía aumenta el riesgo de hemorragia (1-2%) o perforación (<1%). Son excepcionales otras complicaciones como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y suponen un mínimo riesgo de mortalidad, siendo mayor el riesgo en personas de edad avanzada y con enfermedades crónicas de base.

## **SEDACIÓN**

Para la colonoscopia es recomendable o necesaria la sedación. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Los problemas asociados a la sedación suelen ser mínimos, salvo en aquellos pacientes con problemas cardiopulmonares y/o graves de salud, en los que pueden ocurrir complicaciones serias.

## **NORMAS DE PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA**

1) Atención a los medicamentos que pueden dificultar la exploración o aumentar el riesgo de sangrado en caso de tener que realizar algún tratamiento durante la colonoscopia:

- El paciente debe consultar con su médico la necesidad de retirar antiagregantes, como ácido acetilsalicílico (Aspirina®), y clopidogrel (Iscover® o Plavix®).

- Si el paciente toma anticoagulantes, es necesario suspenderlos desde 3-5 días antes de la colonoscopia, salvo que su médico le indique lo contrario, y sustituirlos por otro tipo de anticoagulante inyectado, para lo cual debe ponerse en contacto con su hematólogo.
- Si toma preparados de hierro es necesario suspenderlos desde 1 semana antes de la colonoscopia.
- Si toma medicamentos para la diabetes, suspéndalas a partir de la última comida sólida previa a la limpieza intestinal, hasta después de realizada la colonoscopia.
- Si está en tratamiento con insulina es preferible que le citen la exploración a primera hora de la mañana o de la tarde y puede ser necesario, debido a las modificaciones en la dieta, reducir las dosis de insulina previas a la colonoscopia (consulte con su médico).

2) El paciente debe realizar una dieta baja en fibra desde 3-4 días antes de la colonoscopia:

- alimentos permitidos: leche y yogur natural desnatados, mantequilla en poca cantidad, quesos frescos y quesos duros; pan blanco o tostado y galletas no integrales; caldos sin verduras, arroz y pastas no integrales; carnes y pescados blancos a la plancha o cocidos, patatas en puré o cocidas, sin la piel, membrillo, melocotón en almíbar, manzana o pera cocida o asada, sin piel; café, té e infusiones ligeras.
- Alimentos PROHIBIDOS: productos lácteos enteros, quesos grasos, productos integrales, frutas, verduras y legumbres, carnes grasas, embutidos, pescados azules, chocolate, pasteles y frutos secos.

3) El paciente debe dejar de tomar alimentos sólidos al menos 3-4 horas antes de iniciar la limpieza intestinal. a partir de ese momento sólo podrá tomar "líquidos claros": agua, infusiones, caldos filtrados, café o té, zumos de fruta colados y bebidas refrescantes.

5) El día de la exploración:

- Tomar líquidos claros 6 horas antes de la colonoscopia, excepto una pequeña cantidad de agua para sus medicamentos habituales.
- El paciente deberá acudir acompañado de una persona que se responsabilice de su traslado al domicilio una vez realizada la prueba ya que probablemente se le administrará medicación (un analgésico y un sedante) que afecta a los reflejos y a

la capacidad de juicio, por lo que no podrá conducir las siguientes horas a la exploración ni volver sólo a su domicilio.

- Informe a la enfermera y al médico que le va a realizar la exploración sobre cualquier enfermedad importante que padezca, alergias y medicamentos que toma habitualmente.
- Si es portador de una prótesis o enfermedad de las válvulas del corazón debe advertirlo, pues en ese caso puede ser necesario administrarle antibióticos antes de realizar la colonoscopia.
- Se debe desnudar de cintura para abajo y debe quitarse antes de la exploración las gafas, la dentadura postiza y todos los objetos metálicos.

6) Para tener una buena visión del colon, éste debe estar totalmente limpio de heces. Como método de limpieza intestinal puede elegir, según sus preferencias y las indicaciones de su médico,

UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

\_ Opción A. Preparación con polietilenglicol (TRAVAT®): Prepare la solución mezclando el contenido de los fcos en 1 litro con agua, según las indicaciones del fabricante, y tome de 200 a 250 cc (un vaso) de dicha solución cada 15 minutos hasta que las emisiones rectales salgan limpias o haya ingerido un total de 2 litros.

- Cita por la mañana: Repetir el procedimiento anterior 4 a 6 horas previos al examen.

## **7) DESPUÉS DE LA PRUEBA**

- Tras la exploración el paciente podrá hacer vida normal, volviendo a su dieta habitual.
- Si ha recibido sedación no deberá conducir ni realizar actividades que requieran concentración mental en las siguientes 12 horas.
- Durante algún tiempo puede notar sensación de “hinchazón” y molestias de vientre que cederán espontáneamente.
- Si se le extirpan pólipos se le explicarán los cuidados que ha de tener posteriormente.

Elaborado por: Dra. Paola Robles

### **PROCOLO 3**

#### **LIGADURA DE VARICES CON BANDAS**

##### **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

Es una técnica endoscópica que pretende la erradicación de las varices del esófago y estómago, mediante la colocación de bandas o lazos, con la finalidad de disminuir su riesgo de sangrado. Para realizarla se coloca al paciente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión (endoscopio) y de un sistema de colocación de bandas. Una vez localizadas las varices a tratar se colocan una o más bandas, que producen su colapso por estrangulación, con posterior desprendimiento en los días posteriores. Para conseguir la total erradicación de las varices son necesarias varias sesiones.

##### **ANTES DE LA LIGADURA**

Una semana antes se le pedirá al paciente que suspenda la toma de antiagregantes (medicamentos utilizados para prevenir la trombosis) como ácido acetilsalicílico (Aspirina®), y clopidogrel (Plavix®).

Para realizarle la exploración el paciente debe acudir en ayunas (no beber ni comer nada en las 8 horas previas al procedimiento). En situaciones de urgencias, puede ser necesaria su realización sin que el paciente esté en ayunas. Deberá quitarse cualquier

pieza dental extraíble y los piercing de boca y labios. Es importante que informe al médico y a la enfermera de las alergias o reacciones previas a medicamentos, enfermedades importantes que padezca y medicamentos que tome de forma habitual (lleve los informes médicos y medicación que toma por escrito).

### **DESPUÉS DE LA LIGADURA**

Durante las siguientes 24 horas debe realizar reposo relativo y tomar una dieta semilíquida o en forma de purés, los siguientes 3 días una dieta blanda y posteriormente dieta normal. Es posible que tenga dolor torácico después de la exploración para lo que puede tomar un analgésico si lo precisa (consulte a su médico sobre el más adecuado en su caso). Si presenta sangrado digestivo deberá acudir a urgencias de forma inmediata aportando una copia del informe que se le ha administrado. Si han sido necesarios medicamentos para relajarle o adormecerle no podrá conducir o hacer actividades que requieran atención y deberá acompañarle alguien a su domicilio, ya que la sedación puede afectar sus reflejos y capacidad de juicio.

### **RIESGOS**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podría no conseguirse el tratamiento perseguido y pueden presentarse efectos indeseables como distensión y dolor abdominal, dolor torácico, náuseas y vómitos, hemorragia, hemorragia por el desprendimiento de la escara, perforación, infección, sepsis, aspiración, hipotensión, estenosis esofágica, reaparición de las lesiones tratadas, reacción alérgica, flebitis y, excepcionalmente, arritmias, parada respiratoria, accidentes cerebrovasculares, daños dentales y subluxación maxilar. Algunos de estos cuadros pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, transfusiones de sangre u otros derivados, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

### **SEDACIÓN**

Este procedimiento puede hacer recomendable o necesaria la sedación. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Los problemas asociados a la sedación suelen ser mínimos, salvo en aquellos pacientes con problemas cardiopulmonares y/o graves de salud, en los que pueden ocurrir complicaciones serias.

**Elaborado por: Dr. Fernando Benítez**

### **PROTOCOLO 3**

#### **COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)**

##### **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

La Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) se emplea para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del páncreas y la vía biliar. La exploración se realiza tumbado boca abajo y mirando hacia la derecha, sobre una mesa de rayos X. Se aplicará un anestésico local en la garganta y se colocará una pieza de protección entre los dientes (debe quitarse la dentadura postiza si la tiene).

Se administrarán medicamentos anestésicos por vía intravenosa para adormecerle. Se introduce un endoscopio flexible por la boca hasta el duodeno, para acceder al orificio de drenaje de los conductos biliar y pancreático (papila), por donde se introduce una sonda fina con la que se inyecta contraste y se toman radiografías.

El tiempo de la exploración es variable, entre 30 y 90 minutos.

Esfinterotomía: Para realizar tratamientos (extraer cálculos de la vía biliar, colocar sondas de drenaje y otros), casi siempre es necesario agrandar la salida del conducto biliar (papila), realizándose lo que se denomina "papilotomía" o "esfinterotomía", este procedimiento se realiza con un bisturí eléctrico,

Las prótesis biliares: Son tubos de plástico o de metal expandible que se colocan por medio del endoscopio si existe alguna zona estrecha en el conducto biliar, para permitir

que la bilis pase libremente al intestino y reducir la ictericia si esta existe. A veces es necesario colocarlas en el conducto pancreático.

### **RIESGOS**

Las complicaciones ocurren aproximadamente en un 5-10%, siendo las más frecuentes el dolor y distensión abdominal, la pancreatitis aguda, el sangrado tras esfinterotomía, la infección de origen biliar y la perforación. Estas complicaciones se resuelven en la mayoría de los casos con reposo digestivo en 24-48 horas, aunque pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico.

Puede haber reacciones alérgicas a medicamentos o al contraste.

Son excepcionales las arritmias o parada cardiaca y la depresión o parada respiratoria, existiendo un mínimo riesgo de mortalidad.

Las prótesis colocadas pueden obstruirse al cabo de unos meses, lo que provoca la reaparición de ictericia, acompañándose generalmente de fiebre por infección. En estos casos puede ser necesario tratarle con antibióticos y probablemente recambiar la prótesis.

### **SEDACIÓN**

Para realizar una CPRE es necesaria la sedación o la anestesia. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Cualquier anestesia conlleva siempre un riesgo menor pero existe el riesgo que sufrir una reacción anestésica grave, que depende sobre todo del estado de salud del paciente.

### **ALTERNATIVAS**

La vía biliar y pancreática pueden ser valoradas mediante pruebas de imagen, principalmente por resonancia magnética, pero sólo sirven para diagnosticar y no permiten realizar tratamientos.

La extracción de cálculos de la vía biliar o la resolución de ciertas obstrucciones puede realizarse por vía radiológica o quirúrgica, pero son pruebas más invasivas y con más riesgos.

### **NORMAS PARA EL PACIENTE**

- Debe permanecer en ayunas desde ocho horas antes de la prueba. Si es necesario tomar algún medicamento, lo ingerirá con una pequeña cantidad de agua. No tome antiácidos.

- Una semana antes suspenda la toma de antiagregantes (medicamentos utilizados para prevenir la trombosis) como ácido acetilsalicílico (Aspirina®, y clopidogrel (Iscover® o Plavix®).
- Si está tomando anticoagulantes como warfarina, cumarínicos suspenderlos 3 a 5 días antes de la prueba y sustituirlos por otro tipo de anticoagulante inyectado, siguiendo las normas de su médico encargado de la anticoagulación.
- No se olvide de leer el consentimiento informado, que deberá firmar antes de realizar la exploración.
- Informe a la enfermera y al médico que le va a realizar la prueba sobre cualquier enfermedad importante que padezca, alergias y medicamentos que toma habitualmente.

### **NORMAS PARA ENFERMERÍA**

- Normas para antes de la CPRE
- Se debe colocar una vía intravenosa en el BRAZO IZQUIERDO.
- Debe disponerse de una analítica reciente, que incluya hemograma, bioquímica y coagulación.
- Todos los pacientes deben firmar el consentimiento informado.
- Administrar profilaxis antibiótica 30 minutos antes de la prueba con:
  - Ciprofloxacino 400mg iv
  - Si alergia a ciprofloxacino se puede administrar amoxicilina-clavulánico 1 gr iv ó piperacilina-tazobactam 4 gr iv ó ampicilina 2 gr iv + gentamicina 1.5 mg/kg iv
  - Si alergia a ciprofloxacino y a penicilina se puede administrar vancomicina 1 gr iv gentamicina 1.5 mg/kg iv

### **Normas para después de la CPRE.**

- Dieta absoluta durante 24 horas.
- Sueros en 24 horas: 1500 cc SG5% y 1000 cc SS0.9%, con 10 mEq ClK en cada suero. En casos de insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal consultar con el médico responsable del paciente.
- Sacar hemograma y bioquímica con amilasa a las 24 horas, en caso de ser necesario

## **PROTOCOLO 4**

### **EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO**

#### **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

Con esta técnica se pretende extraer un cuerpo extraño enclavado o estancado en el tracto digestivo superior (esófago, estómago o duodeno), previamente ingerido voluntaria o involuntariamente, así como determinar las posibles lesiones que éste haya podido producir. Generalmente, requiere la realización previa de pruebas radiológicas que nos ayuden a valorar la situación, forma, lesiones producidas por el cuerpo extraño, etc.

La técnica se realiza habitualmente con el paciente acostado sobre su lado izquierdo y con la ayuda de un abre bocas, se introduce el endoscopio por vía oral con la finalidad de visualizar la localización del cuerpo extraño, las posibles lesiones que haya producido, y, si es posible, proceder a su extracción endoscópica con la ayuda de utensilios como pinzas, asas, cestas, etc. Según las características del objeto a extraer puede ser necesaria la utilización de un “sobretubo” plástico a fin de evitar lesiones durante las maniobras de extracción.

Este utensilio aumenta el diámetro del endoscopio de forma considerable, lo que añade alguna dificultad de manejo y algún riesgo de complicación.

#### **RIESGOS**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas o vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular agudo), subluxación mandibular y daños dentales, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar en ayunas.

### **ADVERTENCIAS**

Se me ha comunicado la necesidad de advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones, enfermedades infecciosas o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución del paciente.

### **SEDACIÓN**

El procedimiento, siempre con indicación de su médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendada la sedación, la anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. Según las características del objeto puede ser recomendable o necesaria la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea.

También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia tópica y de la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea.

**Elaborado por: Dra. Verónica Astudillo**

## **PROTOCOLO 5**

### **GASTROSTOMIA PERCUTÁNEA**

**Técnica del procedimiento:** Con el paciente en posición supina, suministrando sedación intravenosa y anestesia tópica en la orofaringe, se realiza una endoscopia digestiva superior para evaluar integridad y permeabilidad del tracto digestivo superior. Se administra una dosis de antibiótico profiláctico. Se procede a seleccionar un sitio en la pared anterior del estómago, a nivel del antro, utilizando la palpación externa con el dedo y la transiluminación. Previa asepsia y anestesia local de la piel en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, se hace una incisión de 1,5 cm aprox. sobre el sitio seleccionado. Se introduce una aguja No. 14G hasta el estómago, bajo visión endoscópica. Se captura la aguja con un asa de polipectomía y se introduce la guía a través de dicha aguja. Una vez se observa que la guía ha entrado al estómago, se abre parcialmente el asa de polipectomía permitiendo que ésta se deslice de la aguja y capture la guía de nylon que se ha introducido suficientemente, para proceder a extraerla a través de la boca en conjunto con el endoscopio. Se anuda la guía con el asa de la sonda de gastrostomía y se procede a introducir la sonda por la boca, manteniendo tracción permanente en el extremo de la guía que sale a través de la pared abdominal. Con un movimiento continuo de tracción, se empuja el introductor semirrígido hasta que se observe que su extremo protruye a través de la incisión en piel. Se tracciona el introductor hasta observar que sale

la sonda de silicona, la cual se continúa traccionando hasta que ésta se ancla por la tracción que hace el tope interno de la pared del estómago contra la pared abdominal. En esta posición se coloca el disco de fijación externo, observando que no haya tracción excesiva. Se coloca una banda plástica de seguridad para fijar el disco en posición. Usualmente no colocamos suturas de fijación a la piel para permitir el aseo adecuado de la zona externa y recomendamos la rotación diaria de la sonda con una tracción moderada. Se corta la sonda a una distancia aproximada de 20 cm de la piel y se coloca la boquilla. Se realiza una nueva endoscopia para observar la posición y la tensión de la sonda y para descartar la presencia de sangrado

## **Indicaciones**

### **1. Enfermedades neurológicas**

- Accidentes cerebrovasculares
- Enfermedad Alzheimer
- Tumores cerebrales
- Encefalopatía anóxica.

### **2. Enfermedades musculares (Distrofia miotónica...)**

### **3. Neoplasias obstructivas (cabeza y cuello y esofago)**

### **4. Miscelanea**

- Aspiraciones bronquiales recurrentes
- Fistulas traqueobronquiales .

## **NORMAS PARA ANTES DEL PROCEDIMIENTO**

- El paciente debe permanecer en ayunas desde ocho horas antes de la prueba (incluyendo la nutrición por sonda nasogástrica).
- El paciente no debe tomar antiagregantes (se deben suspender al menos una semana antes) ni anticoagulantes (se deben sustituir por heparina, que no se administrará el día de la prueba).
- Se debe colocar vía intravenosa en el BRAZO DERECHO.
- Se debe disponer de analítica reciente, que incluya hemograma, bioquímica (glucosa, creatinina e iones) y coagulación, radiografía de tórax y electrocardiograma
- Todos los pacientes o sus familiares/tutores deben firmar el consentimiento informado.

- Antes de la realización de la prueba (aproximadamente 30 minutos antes) se debe administrar profilaxis antibiótica con AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 1 gr IV ó
- Cefotaxima 2 gr iv o piperacilina-tazobactam 4 gr iv. si el paciente es alérgico a penicilina se administrará ciprofloxacino 400 mg iv.

#### **TRAS LA REALIZACIÓN DE LA GASTROSTOMÍA:**

- Dieta absoluta durante 24 horas. Se puede administrar alimentación a través de la sonda de gastrostomía a partir de las 24 horas de su colocación, siempre que haya ruidos abdominales y no exista ninguna complicación evidente.
- Constantes (frecuencia cardiaca y tensión arterial) cada 30 minutos durante 2 horas, posteriormente constantes cada ocho horas, incluida temperatura. Balance hídrico diario.
- Sueros en 24 h.: glucosalino 2500 cc, con 10 mEq de ClK en cada suero de 500 cc.
- Cuidados de orificio de gastrostomía según normas que se adjuntan (los cuidados durante las primeras 48 horas son muy importantes)

**Elaborado por : Dra. Verónica Astudillo**

### **PROTOCOLO 6**

#### **POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA**

##### **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

La polipectomía endoscópica es una técnica que pretende la resección o extirpación de pólipos o lesiones elevadas encontradas en el en el tracto digestivo superior n durante una gastroscopia. Se utiliza un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad de electroquirúrgica que corta la lesión y coagula su base de implantación. En ocasiones y según las características de la lesión, pueden realizarse previo a la extirpación del pólipo técnicas para prevenir el sangrado como la utilización de un lazo plástico, la colocación de un clip metálico o la inyección de sustancias en el cuello de la lesión.

Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce el gastroscopio por vía oral con ayuda de un abre bocas. Una vez visualizado el pólipo, se enlaza con el asa de diatermia que transmite una corriente eléctrica que corta la lesión y puede producir coagulación al mismo tiempo. El pólipo o lesión elevada, una vez extirpado, se recupera si es posible y se envía para su estudio histológico.

##### **PREPARACIÓN**

El paciente debe ir con el estómago vacío, por lo que no debe comer ni beber nada en las 8 horas anteriores.

Es importante que informe al médico y a la enfermera de posibles alergias medicamentosas, si padece algún trastorno de la coagulación o de si toma medicación que pueda alterar la misma.

### **RIESGOS**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en un porcentaje pequeño de pacientes puede no conseguirse el tratamiento perseguido o pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia (2%), quemadura (1%), perforación (<1%) que aunque infrecuentes pueden ser graves y requerir ingreso hospitalario con tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.

### **SEDACIÓN**

La polipectomía-mucosectomía gástrica puede hacer recomendable o necesaria la sedación. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Los problemas asociados a la sedación suelen ser mínimos, salvo en aquellos pacientes con problemas cardiopulmonares y/o graves de salud, en los que pueden ocurrir complicaciones serias.

### **CUIDADOS TRAS UNA POLIPECTOMIA**

- Cuando se ha extirpado uno o varios Pólipos del tracto digestivo, en la mayoría de los casos no hay complicaciones posteriores, aunque debe guardar las siguientes precauciones.
- El paciente permanecerá durante 12 a 24 horas en reposo sin hacer esfuerzos físicos ni realizar trabajos responsables.
- Tampoco conducirá ni manejará maquinaria.
- Durante 24 horas tomará únicamente una dieta blanda ( sopas, infusiones, purés, arroz, flanes , natillas, queso, yogur, jamón York, tortilla francesa...) Posteriormente podrá volver a su dieta habitual.
- Puede que observe en la deposición sangre en pequeña cantidad. Esto es normal y se debe la herida que se le ha hecho en el tracto digestivo al cortar el pólipo.
- Puede que durante unas horas tenga molestias en el abdomen y sensación de hinchazón .Esto es normal y se debe al aire que se le ha introducido durante la prueba.

- Se tomará la temperatura si tiene sensación febril durante los tres días posteriores a la prueba.
- Acudirá al Servicio de Urgencias del hospital ( con el informe de la prueba ) si presentase:
  - Dolor abdominal importante o persistente
  - Fiebre
  - Sangre abundante en heces

Si estaba en tratamiento con heparina cálcica podrá ponerse lasiguiente dosis nocturna. Si estaba en tratamiento con antiagregantes plaquetarios antiinflamatorios podrá volver a tomarlos una vez transcurran 24 horas desde la prueba.

- El resultado del examen microscópico se remitirá al médico que solicitó la extirpación del pólipo.
- Puede suceder que el pólipo extirpado no haya sido recuperado .
- En ese caso se le entregará un pequeño frasco con formol para recogerlo tras hacer deposición en su casa y traerlo a la unidad de Endoscopias ( lunes a viernes de 7 a 17 h.).

**Elaborado por: Dra. Verónica AStudillo**

## **PROTOCOLO PARA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

La endoscopia digestiva incluye numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, generalmente mínimamente invasivos, que se realizan todos fuera del área quirúrgica. Hay que diferenciar dos grupos en función del grado de molestia que producen:

**Grupo 1:** Endoscopia digestiva alta simple, esclerosis y ligadura de varices esofágicas, exploración ano-rectal con rectosigmoidoscopio, dilataciones esofágicas con balón, recambios de gastrostomía percutánea: son procedimientos generalmente de corta duración, más que dolorosos resultan desagradables para el paciente porque provocan náuseas, tos y mayor o menor molestia.

Dependiendo de las características de cada paciente pueden requerir un mínimo de sedación. En general, puede utilizarse una benzodiacepina a criterio del anestesiólogo y en función de si el paciente está ingresado o es ambulatorio.

**Grupo 2:** Son procedimientos de mayor duración, muy molestos y desagradables para el paciente, que requieren en algunos casos de colaboración e inmovilidad absolutas.

- **ENDOSCOPIA ALTA (EDA) CON ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA.** Habitualmente tras una EGS estándar se introduce un tubo de endoscopia con un transductor ultrasonográfico.

Además del diagnóstico de imagen, puede emplearse para tomar biopsias múltiples, realizar polipeptomías en tubo digestivo superior y para la alcoholización del plexo celiaco. El paciente se coloca en decúbito lateral, por lo que el acceso a la vía aérea es difícil. Es un procedimiento no doloroso pero muy desagradable y de larga duración (hasta 1.5-2 horas), provoca náuseas y tos y requiere inicialmente la colaboración del paciente para el uso del tubo por la faringe y posteriormente, inmovilidad total.

Debemos tener en cuenta que en lugar de aire insuflan agua para mejorar la visión ultrasonográfica, es importante que el paciente conserve el reflejo tusígeno.

- **COLONOSCOPIA:** en general requiere escasa colaboración, pero que puede ser muy dolorosa. Una de las maniobras más molestas es el paso del ángulo hepático, sobretodo en pacientes con intervenciones quirúrgicas previas sobre la zona y en los casos complicados técnicamente por las características propias del colon y el meso.

- **COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE):** se trata de la cateterización del conducto biliar y/o pancreático mediante endoscopia digestiva. La duración y grado de dolor es variable dependiendo de si el procedimiento es sólo diagnóstico o terapéutico (extracción de cálculos de colédoco y vesícula, inserción de prótesis biliares...) y es fundamental que el paciente colabore y permanezca inmóvil.

Se realiza en el área de radiodiagnóstico porque necesita control radiológico con contraste. El paciente se coloca en decúbito prono, posición que dificulta el manejo de la vía aérea y la valoración de la ventilación espontánea.

### **NECESIDADES ANESTÉSICAS.**

La función del anestesiólogo en esta área es fundamentalmente proporcionar confort y seguridad al paciente, facilitando a la vez la colaboración y la inmovilidad durante la exploración.

La sedación confiere mayor calidad al procedimiento, facilita las maniobras por parte del endoscopista y mejora la eficiencia de las unidades de endoscopia reduciendo el tiempo empleado en la realización de la exploración y evitando reprogramaciones en exploraciones que no se completan por intolerancia.

Debemos tratar de conseguir el mínimo nivel de sedación adecuado para el procedimiento, profundizando puntualmente en los momentos más molestos o dolorosos.

En los casos en los que sea necesaria una sedación profunda y que la posición dificulte el manejo de la vía aérea, es recomendable realizar una anestesia general con intubación endotraqueal.

### **RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS.**

Sobre todo van a ser los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos del segundo grupo los que van a requerir más frecuentemente atención anestésica. En estos casos el nivel de sedación requerido es mayor para proporcionar confort al paciente y permitir al endoscopista trabajar con seguridad.

La elección de los agentes farmacológicos a utilizar en cada procedimiento anestésico va a estar determinada fundamentalmente por las preferencias del anesthesiólogo que realice la sedación y por las características del propio paciente y de la exploración en sí. No obstante el establecimiento de una sistemática de trabajo y la protocolización de la asistencia nos van a facilitar mucho la labor de equipo que de esta forma resultará más eficaz y segura.

Actualmente la asociación de propofol y remifentanilo es una de las combinaciones empleadas con mejores resultados en sedación.

A continuación se exponen algunas de las pautas de uso de estos fármacos más habituales:

1. Propofol 2mg/kg/h: iniciar la perfusión entre 3-5 min antes de iniciar el procedimiento y retirarla 1-2 min antes de finalizar la exploración.
2. Remifentanilo: si se utiliza como fármaco único se recomienda iniciar la perfusión 5-8 min antes de la introducción del endoscopio, en perfusión a 0.1µg/Kg/min (en pacientes menores de 65 años) y a 0.05µg/Kg/min (en pacientes mayores de 65 años).
3. Remifentanilo 0.05µg/Kg/min + Propofol 1mg/kg/h: iniciar ambas perfusiones 3-5 min antes de empezar el procedimiento y retirarlas 1-2 min antes de finalizar la exploración.
4. Remifentanilo 0.1µg/Kg/min + Propofol en bolus de 20-30mg: iniciar la perfusión 3-5 min antes del inicio del procedimiento y retirarla 1-2 min antes de su finalización. En los momentos puntuales en que sea necesario profundizar el plano anestésico se utilizará propofol en bolus de 20-30mg.

#### ***Recomendaciones generales para el uso de Remifentanilo.***

1. No administrar nunca en bolo.
2. Disminuir la dosis recomendada:
  - En pacientes mayores de 65 años y/o ASAIII.

- Si se premedica al paciente o se usa junto a otros hipnóticos o depresores del centro respiratorio (no sobrepasar los 0.05µg/Kg/min).

3. Reajustar la dosis en función de la frecuencia respiratoria (es la mejor monitorización para controlar este fármaco). La depresión respiratoria revierte en 1-2 min tras el cese de la administración del fármaco.

4. Buscar la analgesia y confort, no la hipnosis

5. Aumentar la tolerancia al error del sistema:

- Utilizar soluciones muy diluidas

- Eliminar o disminuir los espacios muertos

- Utilizar bombas de perfusión con alarmas adecuadas

### **Guía de actuación de enfermería de anestesia en el área de endoscopia digestiva.**

La colaboración del equipo de enfermería con el anestesiólogo es fundamental, tanto para agilizar el proceso previo a la técnica anestésica como para su desarrollo y el cuidado del paciente en la unidad de recuperación tras el procedimiento. Su papel en el control posterior al procedimiento permitirá mejorar las condiciones de los pacientes antes de ser dados de alta a su domicilio o sala de origen.

El desarrollo de su trabajo se debe centrar en los siguientes puntos, ordenados cronológicamente:

1. Valorar el correcto funcionamiento de:

- los sistemas de monitorización

- los sistemas de infusión

- el sistema de aporte de oxígeno

- el sistema de aspiración

- los sistemas de apoyo en maniobras de reanimación cardiopulmonar

2. Preparación de fármacos según protocolos asistenciales

- Fármacos anestésicos

- Fármacos de soporte vital indispensables

3. Preoperatorio

- Recepción del paciente

- Explicación inicial de la técnica

- Valoración de:

Estado de ayuno

Alergias

Patología asociada

- Medicación que toma
- Canalización de acceso venoso
- Monitorización básica
- 4. Peroperatorio
- Colocación del paciente
- Soporte al anesestesiólogo responsable
- 5. Postoperatorio
- Traslado del paciente al área de recuperación
- Control de la recuperación de acuerdo con la escala de Aldrete
- 6. Control de la programación prevista para el día siguiente
- 7. Colaboración en trabajos de investigación clínica relacionados con anestesia en esta área.

#### **Preparación del paciente.**

- El paciente debe cambiar su ropa por un pijama o bata del hospital
- Debe quitarse cualquier pieza dental postiza y gafas, joyas o reloj.
- Canalización de vía periférica (Abbocat 20G o 18G) y colocación de dos llaves de tres pasos conectadas el suero de arrastre.
- Monitorización básica: ECG, PNI, SatO<sub>2</sub> y frecuencia respiratoria.
- Colocación de gafas nasales con O<sub>2</sub> a 2-3lx' o alargadera de oxígeno adaptable a bucal de endoscopia.

#### **Preparación de fármacos.**

1. Suero fisiológico de 250cc con sistema de gotero y 2 llaves de tres pasos.
2. Atropina 1mg en jeringa de insulina.
3. Midazolam 1mg/ml en jeringa de 5cc.
4. Propofol al 1% en jeringa de 20cc.
5. Propofol al 1% en jeringa de 50cc.
6. Remifentanilo 1mg diluido en 50cc de suero fisiológico(20 µg/ml) y cargarlo en una Jeringa de 50cc.

#### **Pautas generales para la selección de pacientes.**

Criterios de inclusión para exploraciones bajo anestesia en régimen ambulatorio.

##### **1. Criterios médicos.**

- **Pacientes** que se hallen en un estado de salud suficiente para tolerar con seguridad el procedimiento y la anestesia/sedación propuestos.

- Los pacientes que reciban anestesia general o cuidados anestésicos monitorizados se limitarán a los grupos de la ASA 1,2 y 3 médicamente estables.
- Pacientes ASA 4 que hayan sido aprobados consensuadamente por el anesthesiólogo y el especialista que lo solicita como candidatos aceptables para un procedimiento concreto.
- Recién nacidos o niños prematuros que hayan alcanzado el equivalente de desarrollo de un mes y no tengan riesgo elevado de complicaciones cardiorespiratorias.

## **2. Criterios sociales.**

- Acompañante adulto responsable durante el desplazamiento al domicilio y presente durante las primeras horas posteriores al procedimiento.
- Pacientes que reúnan unas condiciones higiénico sanitarias mínimas y cuya alta no suponga un problema social.
- Pacientes con limitaciones de su capacidad mental que dependan de alguien para entender y seguir instrucciones o desplazarse, siempre que estén acompañados de uno de los padres o tutor legal.
- Comunicación telefónica.

## **Contraindicaciones.**

### 1.-Respiratorias

- IRC agudizada
- Asma no controlada
- Apnea del sueño no tratada

### 2.-Cardiológicas

- Isquemia inestable
- Arritmia no controlada
- IC descompensada

### 3.-Neurológicas

- Depresión del nivel de conciencia, coma

### 4.-Otras

- Obesidad mórbida con patología cardíaca o respiratoria de base
- Abuso reciente de alcohol o drogas

## **Cuidados postanestésicos y criterios de alta.**

Las recomendaciones para los cuidados postanestésicos están basadas en los estándares publicados por la ASA.

La vigilancia postanestésica se realizará de forma que garantice la seguridad del paciente y estará determinada la técnica anestésica realizada, procedimiento y condición general del paciente.

#### **Estandar I**

- Todos los pacientes que se hayan sometido a anestesia general, anestesia regional o cuidados anestésicos monitorizados, deberán recibir atención postanestésica apropiada.
- Se debe disponer de una unidad de recuperación postanestésica adecuada, y todos los pacientes, excepto orden específica del anesthesiólogo, se trasladarán a dicha área.

#### **Estandar II**

El paciente trasladado al área de recuperación deberá estar acompañado por un miembro del equipo anestésico, monitorizado y observado continuamente y tratado de forma adecuada a su condición clínica.

#### **Estandar III**

Al llegar a la unidad de recuperación, será reevaluado y se informará a la enfermera y/o anesthesiólogo responsable del área sobre la historia clínica, la técnica realizada y el estado del paciente.

#### **Estandar IV**

- El estado clínico del paciente debe evaluarse de forma continuada durante su estancia en la unidad de recuperación.
- Se deberá observar y vigilar al paciente con métodos apropiados a su estado médico.
- Debe concederse particular atención a la vigilancia de la oxigenación, circulación, respiración y temperatura.
- La supervisión y coordinación médica del cuidado del paciente en la unidad de recuperación es responsabilidad del anesthesiólogo.

#### **Estandar V**

- El anesthesiólogo es el responsable de dar el alta al paciente.
- Los criterios de alta deben ser aprobados por el servicio de anesthesiología y pueden variar en función de donde vaya el paciente.

- Cuando no haya un médico responsable para el alta, la enfermera de la unidad de recuperación determinará si el paciente cumple los criterios para el alta.
- Es necesario escribir en el expediente el nombre del médico que acepta la responsabilidad del alta.
- **Criterios de alta.**

Como cualquier otro procedimiento anestésico que se realice de forma ambulatoria, deben definirse los criterios que debe cumplir el paciente antes de ser dado de alta y los criterios que obligarían al ingreso del paciente.

### **1. Criterios de alta (adaptado del T. De Aldrete modificado, PADS – Post Anestesia Discharge Scoring Sistem).**

- **Neurológicos**

- Completamente despierto
- Orientado temporoespacialmente
- Responde a órdenes verbales

- **Respiratorios**

- Saturación O<sub>2</sub> > 95% en condiciones basales o
- Saturación no inferior al 10% del valor previo

- **Hemodinámicos**

- Presión arterial y frecuencia cardiaca dentro de los valores normales o+/- 20% de los valores previos

- **Movilidad**

- Recuperación de la capacidad de ambular al nivel previo

- **Ausencia de síntomas como:**

- Náuseas o vómitos persistentes no tratables con medicación vía oral
- Cefalea intensa
- Sensación de inestabilidad
- Dolor intenso

#### **Criterios de ingreso no previsto**

- **Neurológicos**

- Retraso prolongado del despertar

- **Respiratorios**

- Hipoventilación

- Evidencia o sospecha de broncoaspiración
- Laringoespasma o broncoespasmo refractario a broncodilatadores

- **Hemodinámicos**

- Hipertensión refractaria al tratamiento
- Aparición de arritmia cardíaca
- Presencia de isquemia miocárdica

- **Derivados del procedimiento**

- Náuseas o vómitos que precisen tratamiento endovenoso
- Aparición de cualquier complicación grave derivada de la anestesia o del procedimiento que a juicio de los especialistas responsables requiera monitorización prolongada o tratamiento hospitalario.

El alta domiciliaria es responsabilidad del anestesiólogo y del especialista que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.

El paciente debe estar acompañado por un adulto responsable y deben entender las instrucciones post-procedimiento. Dichas instrucciones incluirán información apropiada sobre:

1. Restricciones posteriores al procedimiento (ej. Dieta, actividad medio de transporte...).
2. Pautas escritas para la administración de fármacos.
3. Instrucciones que se considera que requieren contacto médico.
4. Instrucciones para contactar con un médico para la atención de problemas, incluyendo un número de teléfono.

**Elaborado por Dra. Verónica Astudillo**

## **GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA COAGULACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS**

**En pacientes con hemorragia digestiva. Actitud que se debe tomar ante el uso de anticoagulantes, antiagregantes o aine**

Los *anticoagulantes* deben ser *cesados inmediatamente* y se pueden iniciar los siguientes métodos terapéuticos de forma secuencial y en paralelo a la técnica endoscópica.

1. *Vitamina K1* i.v. (fitomenadiona), 10 mg (una ampolla) en 100 ml de suero fisiológico o suero glucosado 5%: 10 ml en 10 minutos (1 mg/10 min) y luego el resto en 30 minutos. Su efecto dura 8 horas aproximadamente y no es inmediato.
2. *Plasma fresco*, de 10 a 30 ml/kg; a las 6 horas se puede repetir la mitad de la dosis, ya que la vida media de los factores es de 5 a 8 horas.
3. *Concentrado de complejo protrombínico asociado a factor IX (Prothromplex Immuno TIM 4 600 U.I.<sup>®</sup>)*: equivale a 500 ml de plasma. Dosis: (tiempo de protrombina deseado - obtenido) x kg peso x 0,6.
4. *Factor VII recombinante activado*: 80 µg/kg en bolus lento (amp. de 2 ml = 1,2 mg).
  - Efecto a los 10 a 30 minutos de la administración.
  - La duración del efecto es de 12 horas.
  - No se debe asociar a los complejos protrombínicos.

-Normaliza el tiempo de protrombina y corrige los defectos de función plaquetar.

Se utilizarán estos mecanismos hasta que el INR se estabilice entre 1,5 y 2,5 y cese el sangrado. Los anticoagulantes se reiniciarán a las 3-5 días una vez nos hemos asegurado de que han disminuido los riesgos (realizar segundas endoscopias (*second look*)).

La suspensión de los *antiagregantes* y los *AINE* no va a cambiar la historia natural pues su efecto sobre la coagulación se va a retrasar algunos días, aunque se debe tener en cuenta si estamos ante lesiones que previsiblemente no van a cicatrizar con rapidez. No se debe olvidar que la aspirina y los AINE pueden ser así mismo la causa de la hemorragia.

### **¿Se deben realizar pruebas de coagulación previas a la realización de técnicas endoscópicas?**

No existe evidencia científica en este sentido. En una guía clínica publicada por la Asociación Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE) establece que ni siquiera para técnicas de alto riesgo es útil la realización de pruebas de laboratorio para detectar alteraciones ocultas de la coagulación, no considerándolas indicadas; además plantea que legalmente es más peligrosa la mala interpretación de una alteración de coagulación que el no haber realizado las pruebas. Los test nunca pueden sustituir una historia clínica previa y sólo es obligado hacerlos ante la sospecha de alteraciones.

### **¿Qué alteraciones en la coagulación deben tenerse en cuenta ante la realización de técnicas endoscópicas?**

En los pacientes que presentan trombocitopenia la actitud depende del tipo de procedimiento.

-En los procedimientos de riesgo alto es necesario que la cifra de plaquetas sea superior a 50.000/ $\mu$ l.

-Las exploraciones endoscópicas de bajo riesgo se pueden realizar en pacientes con plaquetas > 20.000/ $\mu$ l.

### **Recomendación D**

-*Actividad de protrombina*: cifras de TP menor de 50% vs. INR > 1,5 suponen un aumento del riesgo de sangrado. Se encuentra de forma habitual en las hepatopatías crónicas, así como el uso de anticoagulantes orales

-*Alteración del tiempo de tromboplastina parcial activado (PTTA):* se mide como una prolongación del PTTA respecto al PTTA tr. Se puede ver en el uso de heparina sódica i.v.

### **CORRECCIONES DE LAS ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN PREVIAMENTE A LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS**

-La *corrección de déficit de plaquetas* se realiza de forma programada, infundiendo durante la técnica endoscópica y en el tramo previo inmediato. Es suficiente elevar la cuenta de plaquetas entre 40.000 a 50.000/mm<sup>3</sup>.

- Cada unidad de plaquetas aumenta el recuento en 5.000 a 10.000 por mm<sup>3</sup>.
- La dosis es de 1 U/10 kg de peso.
- En caso de refractariedad a plaquetas con manifestaciones de sangrado grave se recomienda factor VII activado recombinante (rVIIa) (Novoseven<sup>®</sup>) con efecto hemostático en pacientes con trombocitopenia grave y trombocitopatías, a una dosis de 90 a 150 µg/kg cada dos horas por vía intravenosa, hasta controlar el sangrado. Por su alto precio el uso profiláctico debe ser limitado a casos muy concretos y urgentes.

-En el caso de *alteraciones del tiempo de protrombina* se aplican las mismas pautas comentadas en pacientes anticoagulados.

-Las *alteraciones del tiempo de tromboplastina parcial activado (PTTA)*, como por ejemplo en pacientes en tratamiento con heparina sódica, suelen revertir al retirar la misma en el plazo de 4 a 6 horas. Sin embargo, si queremos por situación de urgencia una reversión más rápida, se utilizará el sulfato de protamina: 1 mg neutraliza 100 unidades de heparina. Administración lenta en 100 ml de suero fisiológico. No administrar una dosis superior a 100 mg (2 ampollas), ya que dosis altas pueden producir efecto anticoagulante.

### **TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS SE CONSIDERAN DE MAYOR RIESGO DE SANGRADO**

El riesgo de sangrado parece definido por consenso, y así se establece en las diferentes guías clínicas y manuales, planteando dos niveles de riesgo

**Tabla II**

Bajo riesgo de sangrado (< 1%)	Alto riesgo de sangrado (1-6%)
Endoscopia diagnóstica con o sin biopsia	Polipectomía
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica diagnóstica (CPRE)	Coagulación y ablación con láser
Inserción de stents biliares sin esfinterotomía	Esfinterotomía
Ecoendoscopia	Dilatación estenosis benignas o malignas
Enteroscopia de pulsión	Gastrostomía endoscópica percutánea
	EUS-PAAF
	Tratamiento de varices
	Enteroscopia con balón

Tomado guía para anticoagulación Sociedad Americana de Gastroenterología (SAGE) 2005

-*Biopsias*: el riesgo de hemorragia en biopsias es de aproximadamente el 1‰ .

-*Polipectomía*: el riesgo de sangrado mayor de la polipectomía en varias series amplias oscila entre el 0,05 y el 1%, si bien puede ser de hasta el 4,3% en pólipos mayores de 1 cm y del 6,7% en mayores de 2 cm (10-12). Parece ser que dicho riesgo se aumenta con el tamaño mayor de 2 cm de los pólipos y se ha detectado que sangran más los pediculados que los sesiles, por lo que en pacientes en tratamiento antiagregante es aconsejable asociar a una técnica que disminuya el riesgo como el uso de adrenalina profiláctica, el endoloop o lazo desechable y los endoclips.

- Inmediato, cuando no se coagulan bien los vasos nutricios.
- Tardío, entre 1 y 14 días, más grave; se debe tener en cuenta antes de reintroducir los antiagregantes.

-*CPRE y esfinterotomía*: la incidencia de hemorragia se sitúa entre el 2,5 y el 5%. Los diferentes estudios definen la anticoagulación como claro factor de riesgo para el sangrado. Con respecto a la antiagregación sólo dos estudios retrospectivos han analizado dicho efecto, con resultados no concluyentes como se plantea en la Guía Clínica de la Sociedad Americana, pero con un riesgo para el sangrado agudo en uno de ellos del 9,7 vs. 3,9% (AAS vs. control,  $p < 0,001$ ) y para el sangrado diferido del 6,5 vs. 2,7% ( $p = 0,04$ ), lo cual sugiere que salvo en situaciones de urgencia es deseable la retirada al menos 7 días antes de la técnica. La esfinteroplastia con balón se ha propuesto como una técnica alternativa en pacientes con necesidad de apertura urgente de la vía biliar y con alteraciones de la coagulación, así como el uso de prótesis biliares sin esfinterotomía de forma transitoria.

-*Enteroscopia*: la técnica simple no parece suponer un riesgo, pero si se plantea como técnica terapéutica e intervencionista se debe enfocar como una técnica de riesgo, ya que hasta en el 64% de los casos se realiza terapéutica.

## LA ANTIAGREGACIÓN, SIMPLE O DOBLE, UNA CONTRAINDICACIÓN PARA ALGUNA TÉCNICA ENDOSCÓPICA

No existen datos convincentes que conviertan la *antiagregación simple* en una contraindicación absoluta para ninguna técnica endoscópica.

En cuanto a la *antiagregación doble* no hay trabajos que analicen su efecto, aunque parece razonable con los datos existentes, el intentar evitar realizar intervencionismo mientras sea necesario su uso, o bien plantearse proteger con heparina de bajo peso molecular.

## EVIDENCIA ACERCA DEL AUMENTO DEL SANGRADO INTESTINAL EN PACIENTES ANTIAGREGADOS

En un estudio en animales de experimentación al realizar lesiones de 7 mm en colon, se demostró un aumento del tiempo de sangrado en los tratados con aspirina frente a los no tratados (155 vs. 169 segundos -  $p < 0,05$ ) ; así mismo se ha encontrado un aumento del sangrado en los puntos de biopsia en pacientes tratados con aspirina frente a aquellos controles o con AINE .

La Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación ha elaborado dos recomendaciones de consenso ante la realización de anestesia loco regional y epidural con los siguientes datos Tablas [III](#) y [IV](#).

**Tabla III. Tiempo de seguridad de antiagregantes**

10 d.	Ticlopidina (Tiklid <sup>®</sup> , Ticlodone <sup>®</sup> , Ticlopidina EFG <sup>®</sup> )
7 d.	Clopidogrel (Iscover <sup>®</sup> , Plavix <sup>®</sup> )
	Ácido acetil salicílico (Ácido Acetilsal Bayer <sup>®</sup> , Adiro <sup>®</sup> , Bioplak <sup>®</sup> , Therasacard <sup>®</sup> , Tro-malyt <sup>®</sup> ) Tritusal (Disgren <sup>®</sup> )
1 d.	Dipiridamol (Persantin <sup>®</sup> ) Tirofiban (Aggrastat <sup>®</sup> )

Tomado guía para anticoagulación Sociedad Americana de Gastroenterología (SAGE) 2005

**Tabla IV. Actividad antiagregante de los AINE**

Importante (7 d.):	Aspirina, Piroxicam, Tenoxicam, Indometacina, Ketorolaco
Débil (12 h.):	Meloxicam, Sulindac, Nabumetona, Diflunisal, Paracetamol, Dipirona, Flurbiprofeno
Nulo (0 d.):	Coxibs

Tomado guía para anticoagulación Sociedad Americana de Gastroenterología (SAGE) 2005

-La aspirina y los AINE no han demostrado en varios trabajos que aumenten el riesgo de sangrado ante *polipectomías*, aunque se trata de estudios retrospectivos o limitados en su análisis y fueron la base para la guía clínica de la ASGE, la cual no recomienda la retirada de los antiagregantes previa a las técnicas endoscópicas .

En esfinterotomías, como ya se ha comentado, sólo existen dos estudios que analizan su efecto, si bien también con limitaciones para su interpretación. Por ello, algunos autores recomiendan la retirada de los antiagregantes de 4 a 7 días antes de las técnicas de riesgo y su reintroducción a los 7 días si se ha puesto por prevención secundaria o, si se trata de prevención primaria, a los 10 días tras esfinterotomía o a los 14 tras polipectomía.

Para pruebas de alto riesgo de sangrado se ha definido que se debe retirar el clopidogrel 5 días antes en pacientes con doble antiagregación.

### **LAS PATOLOGÍAS QUE TIENEN UN MAYOR RIESGO TROMBÓTICO ANTE LA REVERSIÓN DE LA ANTIAGREGACIÓN**

-*Stents coronarios*: la suspensión de la doble antiagregación (aspirina + clopidogrel) precozmente tiene un riesgo de trombosis del stent del 29% (8-30%)

- Stents no recubiertos: mantener 1 mes.
- Stents recubiertos (liberador de antiproliferativos): mantener 1 año (o 18 meses).

-*Prevención secundaria* (tras IAM reciente): no tiene ventajas la asociación AAS + clopidogrel frente a clopidogrel sólo .

-*Prevención primaria* de cardiopatía en pacientes de riesgo: no precisan doble antiagregación.

-Tras artroplastia de cadera o rodilla o cirugía por fractura de cadera: el riesgo está aumentado en 10 a 35 días, recomendándose prevención con HBPM o flondaparinux. En todos los casos lo deseable es retrasar la terapéutica hasta que el riesgo trombótico sea el menor posible; en los casos de *doble antiagregación* es posible suspender el clopidogrel 7 días antes y mantener la aspirina según la pauta prevista, o bien proteger con heparina de bajo peso molecular.

## LA ANTICOAGULACIÓN UNA CONTRAINDICACIÓN PARA ALGUNA TÉCNICA ENDOSCÓPICA

-Sí, para las técnicas endoscópicas de alto riesgo de sangrado.

-En casos urgentes se puede plantear realizar dichas técnicas tras revertir la anticoagulación (vitamina K, plasma fresco o factores de la protrombina) hasta conseguir un INR  $\leq 1,4$ .

## LAS PATOLOGÍAS QUE TIENEN UN MAYOR RIESGO TROMBÓTICO ANTE LA REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN

La ASGE define el riesgo de trombosis en dos grados que han sido asumidos de forma generalizada por otros autores, en manuales y en revisiones, no existiendo en la literatura actual datos en otro sentido

**Tabla V**

Riesgo bajo (1-2% si se interrumpe la anticoagulación de 4 a 7 días)	Riesgo alto
Trombosis venosa profunda	AC x FA con enfermedad valvular
AC x FA paroxística o crónica no complicada con patología valvular	Prótesis mitral metálica
Prótesis valvular biológica	Válvula metálica con episodio trombótico previo
Prótesis aórtica metálica	

## PAUTA PRÁCTICA PARA LA REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN

En un análisis de decisión basado en la aplicación de las guías clínicas de la ASGE se definieron como las estrategias más *coste-efectivas* las siguientes:

-En pacientes de riesgo trombótico bajo (por ejemplo, fibrilación auricular sin patología valvular) o si la posibilidad de polipectomía excede el 60%, cesar la warfarina 5 días antes.

-En colonoscopias de *screening* en las que se espera encontrar pólipos en al menos un 35% de los casos, mantener la warfarina con reducción de dosis.

-Si la posibilidad de polipectomía es menor o igual al 1%, continuar con warfarina.

### **EL PAPEL DE LA HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN LA REVERSIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN**

En sus recomendaciones, la ASGE plantea una pauta de manejo con el uso de heparina de bajo peso molecular como puente en pacientes de alto riesgo trombótico; el problema es que no se han definido ni las dosis ni cuál es el momento ideal para la reintroducción de la heparina, aunque se plantea que puede oscilar entre las 2 y las 6 horas tras el procedimiento, debiendo consensuarse con otros especialistas implicados. Otros autores proponen reducción de dosis de la HBPM previo a procedimientos intervencionistas, con reintroducción precoz en pacientes de alto riesgo según la siguiente, aunque está descrita en un ensayo para cateterismos diagnósticos y no para técnicas de alto riesgo de sangrado.

El uso de heparina de bajo peso molecular como método puente es una pauta aceptable en pacientes anticoagulados con alto riesgo trombótico, aunque no se han definido las pautas ni las dosis.

#### *Recomendación D*

El uso de heparina de bajo peso molecular como método puente es una pauta habitual en pacientes antiagregados con alto riesgo trombótico, aunque no se avala por ensayos clínicos.

#### *Recomendación E*

### **Conclusiones**

Probablemente falta evidencia suficiente para tomar decisiones y hacer recomendaciones de forma absoluta en cada una de las situaciones planteables, por lo que cada equipo debe elaborar sus propias normas basándose en los datos existentes. En este sentido nosotros aportamos nuestra propuesta de trabajo.

Es necesario realizar un esfuerzo investigador para definir escenarios concretos, siendo necesario realizarlo sobre todo en relación al uso de la doble antiagregación y de las pautas puente con heparina de bajo peso molecular y que definan dosis y momentos del reinicio de la anticoagulación.

En los pacientes con riesgo aumentado por tener alteraciones de la coagulación la técnica endoscópica debe ser más depurada y se debe recomendar de forma explícita el uso de todas aquellas herramientas que nos permitan controlar el sangrado, potenciando medios mecánicos y térmicos coadyuvantes como clips, suturas, argón, endoloops, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chiavenato, I. (1995) *Introducción a la Teoría General de la Administración*. (pp. 190- 198) Colombia. Editorial McGraw Hill.
2. Cotton, P. (2000) Capítulo 3 La Unidad de Endoscopia, *Tratado Práctico de endoscopia digestiva*. (pp.21-29) California. San Francisco. Editorial Salvat.
3. Vásquez I, (2008) Capítulo 3 Reciclado Instrumental en Endoscopia Digestiva, *Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica*. (pp. 12-37) España. Editorial Panamericana
4. Ginsberg G, Kochman M. Capítulo 1 (2007) Endoscopia Digestiva Alta. *Endoscopia y radiología gastrointestinal* (pp 1-17). España. Editorial Elsevier.
5. Gonzales m, (2003):, Comportamiento Organizacional. *Un Enfoque Latinoamericano*, Mexico Decima Impresión.

6. Alberca, F. (2010). Clinical practice guidelines for managing coagulation in patients undergoing endoscopic procedures. *Rev. Esp. enferm. dig.* [online]. 2010, vol.102, n.2, pp. 124-131. Recuperado : <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010000200007...>
7. Guidelines for the Decontamination of Equipment for Gastrointestinal Endoscopy (2005)pp.20-29. Recuperado de [http://www.bsg.org.uk/clinical\\_prac/guidelines/disinfection.htm](http://www.bsg.org.uk/clinical_prac/guidelines/disinfection.htm),
8. Rodríguez K. (2002) *El concepto de “satisfacción en el trabajo” y su proyección en la enseñanza*”, pp. 459, Recuperado de : [www.confedebosco.es/...es/condiciones\\_socio-laborales.pdf](http://www.confedebosco.es/...es/condiciones_socio-laborales.pdf)
9. IESS, Plan Estratégico ( 2009 -2012) pp 1-49
10. Organización Panamericana de la Salud (1992) *La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*, Washington Recuperado de : [www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf)
11. OPS. (1999). Programa de Garantía y Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D. C. USA: recuperado de . [www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf)
12. Guidelines for the use of high level disinfectants and sterilants for reprocessing of flexible gastrointestinal endoscopes. (2004) Society of gastroenterology nurses and associates pp 5-20 . Recuperado de: <http://www.premierinc.com/safety/topics/guidelines/downloads/ASGE-2008.pdf>
13. [Anderson MA](#), [Ben-Menachem T](#) (2009) “Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures” pp1060-1070 Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889407?dopt=Abstract>
14. Cohen LB, Delegge MH, Aisenberg J, et al.(2007) AGA Institute review of endoscopic sedation. *Gastroenterology* pp;133:675-701.
15. Lopez Roses L; Subcomite de Protocolos de la Sociedad Espanola de Endoscopia Digestiva (SEED). Directrices “*guidelines*” de sedacion/analgesia en endoscopia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006; 98:685-92. Recuperado de : [http://www.aegastro.es/aeg/ctl\\_servlet](http://www.aegastro.es/aeg/ctl_servlet)

16. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E, et al. (2009) Endoscopist-directed administration of propofol: a worldwide safety experience. *Gastroenterology*. ;Cap137:1229-37. Recuperado de: : [www.cag-acg.org/.../syllabus\\_propofol\\_debate](http://www.cag-acg.org/.../syllabus_propofol_debate).
17. Riphaus A, Wehrmann T, Weber B, et al. (2009) S3 Guideline: sedation for gastrointestinal endoscopy 2008. *Endoscopy*. 2009;41:787-815. Recuperado de [www.sied.it/.../04\\_CS\\_Fanti\\_GIED3\\_11.pdf](http://www.sied.it/.../04_CS_Fanti_GIED3_11.pdf)
18. Simon MA, Bordas JB, Campo R, Gonzalez-Huix F, Igea F, Mones J. Documento de consenso de la Asociacion Espanola de Gastroenterologia sobre sedoanalgesia en la endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29:131-49. Recuperado de. [www.studentconsult.es/bookportal/terapia...salud/sin.../740.html](http://www.studentconsult.es/bookportal/terapia...salud/sin.../740.html)
19. Vargo JJ, Cohen LB, Rex DK, Kwo PY. Position statement: Nonanesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. *Gastroenterology*. 2009; 137:2161-7. Recuperado: [www.sage.com](http://www.sage.com)
20. [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
21. [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)
22. [www.gastrored.com](http://www.gastrored.com)
23. [www.ASGE.com](http://www.ASGE.com)
24. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)

# APENDICE 5

# **Entrega y Revisión de Manual de Normas y Protocolos de Actuación en Endoscopia**



**FOTO N° 5 . Entrega de Manual de Normas y Protocolos al Jefe y Personal del Enfermería del Servicio de Endoscopia Digestiva del H.M.Y.M IESS Loja**  
**FUENTE: La Autora**



**FOTO N° 6 . Revisión de las Normas y Protocolos con el Personal del Enfermería del Servicio de Endoscopia Digestiva del H.M.Y.M IESS Loja**  
**FUENTE: La Autora**

# **APENDICE 9**

# **Encuesta Aplicada**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**ENCUESTA**

4. En lo que respecta al área física que apreciación le merece la comodidad, ubicación, distribución y accesibilidad al servicio de endoscopia?
  - a) Adecuada
  - b) Poco Adecuada
  - c) Inadecuada
5. Que tiempo tardo en esperar para la realización del procedimiento desde su llegada?
  - a) 10 min
  - b) 20 minutos
  - c) 1 hora
  - d) 2 horas
6. Recibió usted información previa sobre el procedimiento endoscópico?
  - a) Si
  - b) No
7. La atención recibida, por el personal de endoscopia la considera que fue: Oportuna, humana, integral y continua?
  - a. Si
  - b. No
8. Califique la calidad de atención recibida en el servicio?
  - a) Muy Buena
  - b) Buena
  - c) Mala
  - d) Pésima
9. Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Endoscopia Digestiva.
  - a) Si
  - b) No