INTRODUCCIÓN

El sistema digestivo juega un papel fundamental dentro del buen funcionamiento del cuerpo humano ya que este contribuye al equilibrio en el organismo. Cuando el aparato digestivo y en especial el intestino tienen algún tipo de alteración en su condición física para realizar sus funciones de forma correcta, se manifiestan por medio de diferentes enfermedades. Por lo tanto es de vital importancia un diagnóstico oportuno al igual que un tratamiento objetivo y acorde a la patología identificada.

El conocimiento y la aplicación de nuevas tecnologías es esencial dentro de la práctica clínica, de esta manera proporcionara una visión amplia de los daños y necesidades para la mejoría del paciente, la endoscopia digestiva alta, permite visualizar directamente la parte superior del tracto gastrointestinal, es un procedimiento habitualmente hecho por el médico especialista en gastroenterología, y puede ser usada tanto como medio diagnóstico como para el tratamiento de diversos problemas del sistema digestivo alto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar y tratar algunas de las enfermedades más comunes del sistema digestivo superior permitiendo un mejor abordaje en el diagnóstico y el tratamiento de diferentes patologías gastrointestinales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Tratamiento de las diferentes patologías del esófago, estómago y duodeno proximal.
2. Ofrecer no solo un medio de diagnóstico sino también un método terapéutico
3. Brindar alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento precoz de la patología.

ALCANCE

Todos los pacientes que requieren de atención en el servicio de endoscopia digestiva de la IPS Gastro Élite S.A.S.

RESPONSABLES

La aplicación del procedimiento está a cargo del personal asistencial y administrativo de Gastro Elite S.A.S.

DEFINICIONES

Aparato Digestivo: conjunto de órganos encargados del proceso de la digestión, el cual realiza el proceso de transformación de loa alimentos para ser absorbidos y utilizados por las células del organismo y así finalmente ser transportados a la sangre.

Endoscopia: forma de mirar dentro del cuerpo mediante una sonda flexible que tiene una pequeña cámara y una luz en su extremo. Este instrumento se denomina endoscopio través de esta se pueden introducir instrumentos pequeños y usarse para Observar en detalle una zona en el interior del cuerpo, tomar muestras de tejidos anormales, tratar ciertas enfermedades, extirpar tumores, detener un sangrado y extraer cuerpos extraños (como alimento atorado en el esófago, el conducto que conecta la faringe con el estómago).

AINES: grupo de fármacos antiinflamatorios, analgésicos, antipiréticos, que constituyen un grupo heterogéneo de compuestos con frecuencia no relacionados químicamente sin embargo comparten ciertas acciones terapéuticas y efectos colaterales.

Ulcera: Lesión excavada que aparece en la piel o en el tejido de las mucosas a causa de una pérdida de sustancia y que no tiende a la cicatrización.

Neoplasia: es un tipo de formación patológica de un tejido, cuyos elementos componentes sustituirán a los de los tejidos normales. En la neoplasia se produce una multiplicación abundante de las células, ya sea en un órgano o en un tejido, que deviene en la formación de un neoplasma. Al neoplasma que conforma una masa diferenciada se lo conoce popularmente como tumor, pudiendo ser benigno o maligno.

DESARROLLO

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPIA ALTA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA:

Procedimiento médico preventivo diagnóstico y terapéutico por medio del cual se utiliza un vídeo endoscopio, que se introduce para permitir la visualización del esófago, el estómago y duodeno ,facilitando la visualización de úlceras ,tumores, hernias hiatales, varices esofágicas y puntos de origen de hemorragias. Con frecuencia suelen practicarse biopsias a través del endoscopio.

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento que ocupa actualmente el primer lugar en el diagnóstico y en algunos casos en el tratamiento de las diferente patologías del esófago, estómago y duodeno proximal, es una técnica costo –efectiva que ha llegado a ser popular en las diferentes instituciones. Existen diferentes tipos de endoscopios para su realización, los que difieren en longitud, tamaño, sofisticación y orientación del lente distal.

INDICACIONES

La esofagogastroduodenoscopia está indicada para evaluar:

- ✓ Dolor abdominal superior el cual persiste a pesar de una terapia apropiada.
- ✓ Dolor abdominal asociado a signos o síntomas de alarma (pérdida de peso y/o anorexia.)
- ✓ Disfagia u odinofagia.
- ✓ Síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico persistentes o recurrentes a pesar de terapia apropiada.
- ✓ Vómito persistente de causa desconocida.
- ✓ Enfermedades sistémicas en las que la patología gastrointestinal superior podría modificar el plan de manejo (paciente con sagrado digestivo, candidato a trasplante de órganos, anticuagulación prolongada o uso crónico de AINES).
- ✓ Paciente con estudios radiológicos en los que se sospeche lesión neoplásica, úlceras o estrechez a cualquier nivel.
- ✓ Hemorragia digestiva.
- ✓ Diarrea Aguda/Crónica
- ✓ Cuando está indicada la biopsia intestinal.

- ✓ Está indicada de manera periódica en el seguimiento del esófago de Barrett, de úlcera esofágica, gástrica o anastomótica para verificar su cicatrización, antecedentes de poliposis gástrica adenomatosa y seguimiento de várices esofágicas.
- ✓ Síntomas dispépticos altos en mayores de 30 años.

La endoscopia terapéutica está indicada en:

- ✓ Tratamiento de lesiones sangrantes en esófago, estómago y duodeno, como úlceras, tumores o lesiones vasculares (electrocoagulación, fotocoagulación con láser o escleroterapia).
- ✓ Ligadura de várices esofágicas o escleroterapia de várices esofágicas o gástricas proximales sangrantes.
- ✓ Extracción de cuerpo extraño (tenemos pinza de cuerpo extraño para procedimientos sencillos si se requiere durante el hallazgo).
- ✓ Terapia de lesiones neoplásicas pequeñas con mucosectomia. y/o biopsia.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones de la endoscopia digestiva son más relativas que absolutas y estas últimas incluyen:

- ✓ Perforación del tracto gastrointestinal conocida o sospechosa.
- ✓ Pacientes que se rehúsan a la realización del procedimiento.
- ✓ La falta de consentimiento informado para procedimientos no urgente.
- ✓ Disnea severa con hipoxemia.
- ✓ Infarto agudo del miocardio.
- ✓ Subluxación atlantoaxoide (llegan pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide).

Las contraindicaciones relativas:

- ✓ Paciente no colaborador o desorientado.
- ✓ Paciente sin ayuno adecuado (6 a 8 horas previas al procedimiento).o que ha ingerido antiácidos al menos 8 horas antes del examen.
- ✓ Inestabilidad cardíaca por infarto cardiaco reciente, angina inestable, taquiarritmia no tratada o bloqueo completo.

- ✓ Coagulación severa (<20.000 plaquetas o coagulopatia intravascular diseminada.
- ✓ Incapacidad de protección de la vía aérea (intubación orotraqueal) en pacientes con sangrado intestinal alto masivo.
- ✓ Obstrucción intestinal.
- ✓ Revisar las indicaciones del examen, historia clínica o exámenes previos si están disponibles.

Se debe obtener consentimiento informado del paciente por escrito, donde debe quedar expresado la explicación y el entendimiento de las posibles complicaciones, beneficios y riesgos si no se realiza, alternativas y la libertad de escoger el realizar o no.

TÉCNICA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA:

Se han descrito tres métodos para el paso del endoscopio, (el auxiliar de enfermería de la sala debe tener conocimiento para facilitar el apoyo al médico y al paciente durante el procedimiento):

- ✓ Dirección hacia abajo, bajo visión directa, es el método más recomendado.
- ✓ Manipulación ciega de la punta; este método es aplicable cuando se utilizan endoscopios de visión lateral.
- ✓ Guiado con los dedos el cual puede ser necesario en ocasiones pero es riesgoso.

Luego de la inserción en el cricofaringeo sobre visión directa, el endoscopio se colocara en la línea media, sin posibilidad de impactación en ninguna fosa periforme y así pasara de forma correcta y rápida hacia el esófago.

Siempre deben recordarse dos reglas:
- ✓ No avanzar si no se ve la luz
- ✓ Insuflar y avanzar con movimiento de retirada

Después del paso del esfínter, la unión mucoso esófago gástrica a los 30-40 cm. de las arcadas dentarias, este punto donde se observa el cambio de color de la mucosa es lo que se denomina línea Z. Se examina las cuatro paredes secuencialmente, se avanza hacia el antro, canal pilórico y anillo pilórico, se aproxima para el paso al duodeno el cual se reconoce por su superficie granular y pálida, hay retroflexión (o “J”) de la punta del equipo se realiza la completa angulación hacia arriba en 180° con la simultanea presión hacia adentro, mostrando el ángulo, la curvatura menor y el fondo.

Durante el retiro del equipo se debe realizar revisión del esófago, estómago y duodeno, se debe aspirar el aire y el líquido del estómago completamente

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO POR TIPO DE ENDOSCOPIA

GENERALIDADES	Ingresa el paciente a la unidad en compañía de familiar, se inicia la confirmación de la preparación, tiempo de ayuno para solidos 8 horas, ayuno para líquidos 4 horas, se le pregunta si es alérgico algún medicamento y/o si se es alérgico al huevo o a la soya. Posteriormente la Auxiliar de enfermería explica el procedimiento que se le va a realizar y se procede a firmar el consentimiento informado, si el paciente no está en capacidad de firmar se hace diligenciar por el acompañante que debe ser mayor de edad. Se retiran las pertenencias incluyendo prótesis dentales, se entrega al familiar, en caso de no tener acompañante se hace firmar el formato de pertenencias al paciente, camillero o jefe encargadas del paciente. Paciente ambulatorio: se canaliza Paciente hospitalizado: debe venir canalizado Se pasa a la sala de procedimientos en la camilla, se monitoriza, se conecta al oxígeno, él Gastroenterólogo explica nuevamente el procedimiento y resuelve dudas de manera inmediata. El medico de sedación pregunta peso y talla y la auxiliar aplica el medicamento en spray y coloca la boquilla. Medico de sedación seda el paciente (según protocolo) Se enciende el equipo (aspirador, monitor, fuente de luz) se aplica lidocaína en la punta del equipo y se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, hasta llegar al estómago pasa al duodeno realiza inspección. Se realiza registro fotográfico según criterio. (usuario particulares – ambulatorios-oncólogos /requisito)

	La auxiliar de Enfermería retira el equipo y lo procesa en el área de lavado. El Paciente pasa a la sala de recuperación, se conecta a oxigeno por cánula y monitoriza, se estimula y cuando está consciente (se retira el catéter si es ambulatorio). Posteriormente se realiza entrega de las pertenencias, los reportes (ambulatorios, particulares, oncólogos / pacientes hospitalizados se les indica que el reporte queda en el sistema) y recomendaciones en presencia del acompañante.
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA SIN BIOPSIA	No se Toma Biopsia Duración: **10 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	El Gastroenterólogo toma el equipo y lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, hasta llegar al estómago pasa al duodeno realiza inspección y se toman biopsias según criterio del Especialista, se confirman 2 muestras generalmente. Se realiza registro fotográfico según criterio. (usuario particulares – ambulatorios-oncólogos /requisito) La auxiliar de Enfermería asignada retira el equipo y lo procesa en el área de lavado. Se rotula biopsia. **Duración: 10 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	El paciente pasa a la sala de procedimientos en la camilla, se monitoriza y el Gastroenterólogo explica el procedimiento, la auxiliar de enfermería aplica el spray procede a colocar la boquilla. No se seda el paciente ya que se necesita lucido y colaborativo, se enciende el equipo (aspirador, monitor, fuente de luz) se aplica lidocaína en la punta del equipo, se le entrega al médico quien lo introduce en la boca del paciente, el cual va explicando el procedimiento a medida que va avanzando, pasa el cricofaringeo busca el cuerpo extraño si se encuentra se extrae con la pinza de cuerpo extraño, se revisa que no exista perforación, se avanza el equipo por esófago, hasta llegar al estómago pasa al duodeno se realiza inspección. **Duración: 10 minutos.**

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ DILATACION NEUMATICA ENDOSCOPICA CON BALON CRE	Se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, se pasa guía hidrofilica se confirma que este bien posicionada, seguido a ello pasa balón cre por el canal de trabajo del equipo, conecta el alliance, se insufla balón según las atmosferas indicadas por el Especialista y cuenta un minuto, desinfla balón e infla si es lo indicado de lo contrario se retira del canal de trabajo del equipo. Finalmente verifica que no existan perforaciones, avanza equipo hasta llegar al estómago pasa al duodeno e inspecciona. **Duración: 20 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ DILATACION NEUMATICA ENDOSCOPICA CON BALON DE ACALASIA	Se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, se pasa la guía que trae el balón y verifica que este bien posicionada, retira el equipo, pasa el balón de acalasia e insufla, psi según lo indicado por el especialista, cuenta un minuto, desinfla balón e infla si el medico lo indica de lo contrario se retira. Finalmente se pasa el equipo, se introduce nuevamente en la boca del paciente, verifica que no existan perforaciones, avanza equipo hasta llegar al estómago pasa al duodeno realiza inspección. **Duración: 20 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ DILATACION NEUMATICA ENDOSCOPICA CON BALON ESOFAGICO	Se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, se pasa guía hidrofilia, confirma que este bien posicionada, se pasa balón esofágico por el canal de trabajo del equipo, conecta el alliance, insufla balón según las atmosferas indicadas por el Medico, cuenta un minuto, desinfla balón e infla de ser indicado de lo contario se retira del canal de trabajo del equipo, se verifica que no existan perforaciones, avanza equipo hasta llegar al estómago, pasa al duodeno realiza inspección. **Duración: 20 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA + STENT ESOFAGICO	Se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo, avanza por esófago, se pasa la guía hidrofilica, verifica que este bien posicionada, retira el equipo, y se pasa el stent metálico a través de la guía hidrofilica, enseguida introduce nuevamente el equipo en la boca

	del paciente. La auxiliar de enfermería va liberando el stent a medida que el Especialista lo indique. La auxiliar de enfermería debe informar al Medico cuando el stent se encuentra en punto de no retorno, se libera. Finalmente verifica que no existan perforaciones y que el stent este bien posicionado. **Duración: 30 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA+ STENT DUODENAL	Se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo, avanza por esófago, hasta llegar al estómago, pasa al duodeno, pasa la guía hidrofilica , verifica que este bien posicionada, avanza el equipo y lo retira, se pasa el stent metálico a través de la guía hidrofilica. Se introduce nuevamente el equipo en la boca del paciente, avanza equipo hasta el punto donde se va a colocar el stent y liberándolo a medida que el Especialista lo indique. La auxiliar de enfermería debe informar al Medico cuando el stent se encuentra en punto de no retorno, se libera. Finalmente se verifica que no existan perforaciones y que el stent este bien posicionado, se realiza inspección. **Duración: 30 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA + POLIPECTOMIA GASTRICA	El paciente pasa a la sala de procedimientos en la camilla, se monitoriza, se coloca placa electro quirúrgica y el Gastroenterólogo explica el procedimiento. El medico de sedación pregunta peso y talla y la auxiliar aplica el spray y coloca la boquilla. Medico de sedación seda el paciente (según protocolo) se enciende el equipo (aspirador, monitor, fuente de luz) se aplica lidocaína en la punta del equipo, se pasa el equipo al especialista quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, llega hasta el estómago. Localiza el pólipo, se pasa aguja de escleroterapia por el canal de trabajo (previamente se debe tener la dilución de adrenalina 1 a 10cc de solución salina) se purga la aguja de escleroterapia con 1 cc de la dilución, se inyecta la cantidad indicada por el Medico y retira aguja de escleroterapia cuando él lo indique.

	Se avanza el asa de polipectomia, posteriormente conecta equipo electro quirúrgico, se va cerrando el asa de polipectomia según indicación del especialista, Finalmente se recupera pólipo, revisa hemostasia, se realiza inspección. Se rotula biopsia. **Duración: 30 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA + DILATACION NEUMATICA ENDOSCOPICA CON SAVARY	Se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo, avanza por esófago, se pasa la guía que trae el savary, se verifica que este bien posicionado, se retira el equipo. Pasa el dilatador dependiendo de los fr que el especialista indique. Se retira el dilatador y la guía metálica. Finalmente se introduce nuevamente el equipo en la boca del paciente, verifica que no existan perforaciones, avanza equipo hasta llegar al estómago pasa al duodeno se realiza inspección. **Duración: 20 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA + CONTROL DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA	Se pasa a la sala de procedimientos en la camilla, se monitoriza. El Gastroenterólogo explica el procedimiento, la auxiliar aplica el spray y coloca la boquilla, No se seda el paciente (protocolo sedación criterios de no administración – sangrado) se enciende el equipo (aspirador, monitor, fuente de luz) La auxiliar de Enfermería aplica lidocaína en la punta del equipo y pasa el equipo al Especialista quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, estómago y duodeno, verifica sitio de sangrado, se pasa aguja de escleroterapia por el canal de trabajo (previamente se debe tener la dilución de adrenalina 1 a 10cc de solución salina) se purga la aguja de escleroterapia con 1 cc de la dilución se inyecta la cantidad indicada por el Medico. Finalmente la auxiliar de enfermería retira aguja de escleroterapia cuando él lo indique y se verifica hemostasia. **Nota :**se prepara la solución de adrenalina dependiendo de la indicación Medica 1mg de adrenalina + 9 cc de SSN o 1mg de adrenalina + 7 cc de SSN Es importante resaltar que al terminar la escleroterapia si el

	Gastroenterólogo identifica necesidad el implante de hemoclips se realiza. (Se colocan los necesarios). **Duración: 20 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA + LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS Y GASTRICAS	La auxiliar de enfermería prepara kit de ligadura de varices; enciende el equipo (aspirador, monitor, fuente de luz) aplica lidocaína en la punta del equipo y lo pasa al gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo, avanza por esófago, localiza las varices esofágicas y procede a ligarlas, realizando succión previa, verifica la posición de las bandas y finalmente realiza inspección. Avanza por esófago, llega hasta el estómago, localiza las varices y procede a ligarlas realizando previa succión, verifica la posición de las bandas y finalmente realiza inspección. **Duración: 20 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA + PASO DE SONDA NASOYUYENAL O ENTERAL	Se prepara el paciente aplicándole lidocaína jalea en una de las fosas nasales enseguida avanza la sonda lentamente por la fosa nasal. Se enciende el equipo (aspirador, monitor, fuente de luz) La auxiliar de enfermería aplica lidocaína en la punta del equipo, se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo, avanza el equipo y la sonda por esófago, hasta llegar al estómago, se avanza la pinza por el canal de trabajo y finalmente se sujeta la punta de la sonda con la pinza de biopsia, se dirige hasta el duodeno. **Duración: 20 minutos.**
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA + TERAPIA CON ARGON PLASMA	La auxiliar de enfermería coloca placa electroquirurgica El Gastroenterólogo explica el procedimiento. Médico de sedación pregunta peso y talla, seda el paciente. Previamente la auxiliar aplica el spray y coloca la boquilla, enciende el equipo (aspirador, monitor, fuente de luz) se aplica lidocaína en la punta del equipo y lo pasa al Especialista quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo, avanza por esófago, llega hasta el lugar de la lesión y se pasa aguja de escleroterapia por el canal de trabajo (se debe tener la dilución de adrenalina 1 a 10cc de solución salina) purga la aguja de escleroterapia con 1 cc de

	la dilución, inyecta la cantidad indicada por el Gastro, retira aguja de escleroterapia cuando el indique y conecta equipo ERBE, selecciona la terapia a realizar, avanza la sonda del argón cauterizando con el gas según el criterio médico, Se retira sonda. **Duración: 30 minutos.**

COMPLICACIONES

La esofagogastroduodenoscopia es un procedimiento seguro, las complicaciones descritas se presentan en cerca de 1 por cada 1000 procedimientos, con mayor frecuencia en ancianos, pacientes agudamente enfermos y durante la realización de procedimientos de emergencia y terapéuticas.
Estos incluyen:

- ✓ Reacciones adversas a medicamentos por idiosincrasia o sobredosis.
- ✓ Problemas respiratorios como la hipoxia asociada al uso de medicamentos, neumonía por aspiración en pacientes con retención esófago gástrica como en pacientes con acalasia, estenosis pilórica o pacientes con sangrado activo. La aspiración es más frecuente en ancianos.
- ✓ Arritmias cardiacas: pueden ser inducidas por la endoscopia, especialmente en presencia de hipoxia.
- ✓ Perforación: es más común en la faringe y esófago cervical durante el paso del endoscopio, pero puede ocurrir a nivel del cardias y ángulo duodenal superior cuando estos se encuentran distorsionadas o enfermos.
- ✓ Impactación del equipo: puede ocurrir en una hernia hiatal o en el esófago distal durante la maniobra de retroflexión.
- ✓ Sangrado: puede presentarse por la toma de biopsias, principalmente en pacientes anticoagulados y con hipertensión portal; el sangrado es más común después de procedimientos terapéuticos.

MATERIALES NECESARIOS PARA EL PROCEDIMIENTO

Equipos

- ✓ Gastroscopio
- ✓ Fuente de luz
- ✓ Monitor de signos vitales

- ✓ Equipo de succión
- ✓ Monitor
- ✓ Oximetro portátil

Medicamentos

- ✓ Propofol (En caso de que sea un procedimiento bajo sedación)
- ✓ Cloruro de sodio al 0.9% de 100 ml
- ✓ Lidocaína spray
- ✓ Lidocaína Jalea
- ✓ Oxigeno

Dispositivos médicos e insumos

- ✓ Cánula nasal
- ✓ Jeringa de 10 cc
- ✓ Jeringa de 20 cc
- ✓ Jeringa de 50 cc
- ✓ Aguja hipodérmica #18
- ✓ Boquilla protectora
- ✓ Toalla de manos
- ✓ Paño que no desprenda pelusas
- ✓ Toalla impregnada de alcohol
- ✓ Catéter (para pacientes ambulatorios)
- ✓ Tapón salino
- ✓ Micropore
- ✓ Cure band
- ✓ Torniquetes
- ✓ Guantes
- ✓ Tapabocas
- ✓ Batas desechables
- ✓ Polainas
- ✓ Frascos de biopsia con formol al 10%
- ✓ Pinzas de biopsia
- ✓ Pinzas de cuerpo extraño
- ✓ Balón de dilatación cre
- ✓ Balón esofágico
- ✓ Alliance
- ✓ Guía hidrofilica
- ✓ Stent metálico auto expandible (sobre pedido)
- ✓ Agujas de escleroterapia
- ✓ ASA de polipectomia

- ✓ Atrapa pólipos
- ✓ Placas electroquirurgicas
- ✓ Savary
- ✓ Hemoclips gástricos
- ✓ Kit de ligadura de várices

Reprocesamiento del equipo

- ✓ Irrigadores
- ✓ Jeringa 20 cc
- ✓ Puente
- ✓ Cepillos de lavado
- ✓ Protector canal
- ✓ Cepillos pequeños
- ✓ Cidex opa
- ✓ Cidezyme
- ✓ Recipientes de plástico rotuladas para uso exclusivo de endoscopio
- ✓ Tirillas reactivas

CUIDADOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- ✓ El personal de enfermería debe tener la habilidad suficiente para realizar estrategias que brinden seguridad al paciente antes durante y después de ser sometido a este procedimiento.

- ✓ El personal encargado de la limpieza y desinfección debe tener entrenamiento en la manipulación y procedimientos de equipos endoscópicos y accesorios contaminados previniendo la transmisión de infecciones.

- ✓ Seguir los lineamientos para que se cumplan las técnicas de reprocesamiento de equipos, la dilución de los jabones enzimáticos y el desinfectante, es de gran importancia al igual que mantener la concentraciones indicadas por el fabricante durante el tiempo de uso.

- ✓ Todos los elementos utilizados durante la atención al paciente deben tratarse como contaminados y deberán ser desinfectados del mismo modo en que deben ser desinfectadas las salas y áreas de trabajo después de cada sesión.

- ✓ El personal de la sala de endoscopias debe tener especial cuidado con los elementos que utiliza el paciente.
- ✓ Organizar previamente el área de trabajo con los elementos necesarios para los procedimientos.

- ✓ Revisar todas las tomas corrientes y cables dispuestos en la sala de endoscopias.

- ✓ Verificar equipos de bioseguridad completos y en buen estado.

- ✓ Todos los pacientes deben ser considerados como una potencial fuente de infección y todos los endoscopios y dispositivos accesorios deben ser descontaminados con el mismo grado de rigor luego de cada procedimiento endoscópico.

- ✓ Llamar al paciente por sus nombres y apellidos completos.

- ✓ Verificar paciente, examen o procedimiento, día, fecha, hora, centro de servicios, orden médica, facturación, autorización, **preparación.** **(Ver manual de preparaciones IPS Gastro Élite S.A.S).**

- ✓ Verificar firma de consentimiento informado y en lo posible aclarar dudas con respecto al diligenciamiento del formato que ha sido explicado previamente por el médico tratante o de lo contrario se solicita al médico de servicio la explicación del mismo.

- ✓ Evitar exposiciones innecesarias, protegiendo la integridad del paciente.

- ✓ Explique la duración del examen dependiendo su tipo, la preparación, los hallazgos y la colaboración, que no es doloroso, que debe respirar todo el tiempo. Se indica que tome aire por la nariz y lo bote por la boca despacio.

- ✓ Se le deben hacer retirar las prótesis dentales, collares, diademas, aretes grandes (largos), labial, celulares y en el caso de los señores los esferos dentro del bolsillo de la camisa para evitar riesgos innecesarios.

- ✓ Acerque al paciente a la camilla, brinde escalera y apoyo para acomodarle.

- ✓ Resuelva las dudas si el paciente realiza preguntas, (siempre escuche al paciente antes de dar órdenes).

- ✓ Indague sobre medicamentos que toma, cirugías si las tiene, antecedentes familiares, exámenes previos (si el paciente por su edad no sabe, consulte a un familiar acompañante), si toma medicamentos anticoagulantes, ácido acetilsalicílico o productos capaces de propiciar una complicación hemorrágica, en este caso comunicarle al médico antes del inicio del estudio.

- ✓ Coloque tres puff de lidocaína spray en la boca del paciente y otros dos en su garganta (omita este paso si el paciente es alérgico a la epinefrina, si es asmático o presenta problemas cardiacos). Advierta que sentirá gruesa la garganta y tendrá sensación de no poder respirar. Ofrezca su ayuda para realizar el acompañamiento durante cada paso a seguir, incluida la respiración.

- ✓ Acomodar al paciente en la camilla decúbito lateral izquierdo, apoyando la cabeza sobre la almohada con una inclinación de 30° o la que indique el médico para facilitar la respiración y el procedimiento.

- ✓ Brindar oxigeno por cánula nasal máximo a 3 litros por minuto o según necesidad , en caso de paciente con hipoxemia o que sea llevado a procedimiento bajo sedación. **(Ver protocolo sedación IPS Gastro Élite S.A.S).**

- ✓ Acomode al paciente decúbito lateral izquierdo con las manos cruzadas, en la mano izquierda el pañuelo o servilleta, en la mano derecha la riñonera o si se requiere por el apoyo lo dará el auxiliar de enfermería.

- ✓ Prenda la succión y la fuente de luz.

- ✓ Coloque el protector de boca (boquilla), asegúrelo de los lados, explique al paciente la importancia de mantenerlo entre sus dientes, sin soltarlo y sin hacer mucha presión para evitar daños en la dentadura.

- ✓ Se lubrica el tubo por su parte distal con Lidocaína jalea al 2% . El médico introducirá el gastroscopio y procederá a realizar el examen.

- ✓ Se indica al paciente que respire , luego que trague , de ahí en adelante guie al paciente, háblele todo el tiempo.

- ✓ Evitar que el paciente tome con sus manos el equipo o que suelte la boquilla.

- ✓ Asistir la toma de biopsia.

- ✓ Manipular la biopsia en un frasco con formol al 10% (ver protocolo de manejo de formol), retirando la muestra de la pinza de biopsia con un palillo de uso único.

- ✓ Una vez terminado el procedimiento ayude al paciente a levantarse y a vestirse según su limitación.

- ✓ Si lo amerita coordine lo necesario para el traslado del paciente y verifique que vayan las indicaciones por parte del médico.

- ✓ Acompañe al paciente hasta la puerta ,verifique que lleve todos sus objetos personales e informe donde está el servicio de baños públicos ubicados en cada piso sobre los lados derecho o izquierdo según sea el género.

- ✓ Rotule el frasco de biopsia, identificando nombres y apellidos completos, edad, número de identificación, biopsia según el área de la cual se tomó, número de frascos según la cantidad de áreas tomadas, fecha, además selle el frasco con su tapa enroscándola y asegure con esparadrapo. **(Ver protocolo de manejo de muestras de biopsia).**

- ✓ Entregue rotulado y sellado el frasco con la biopsia junto con la orden de patología debidamente marcada, registrados en el cuaderno de biopsias.

- ✓ Si por horario de recepción de muestras o estado del paciente no los lleva el mismo día se le indica que debe guardar el frasco (s) en un cajón, sin que nadie los manipule y NO meter en la nevera, deben ser llevados en el menor tiempo posible.

- ✓ Archive los casos que ameritan seguimiento médico, dejando una copia del informe con datos generales básicos del paciente para poder contactar, así como de las ordenes entregadas al paciente que faciliten su atención y control.

Si el paciente hace reflejo vaso vagal, siga los siguientes pasos:

- ✓ Revise el estado general del paciente.
- ✓ De aviso al médico de inmediato para recibir ayuda.
- ✓ Dar comodidad y seguridad al paciente en la camilla.
- ✓ Asegurar vía aérea.
- ✓ Colocar o proporcionar oxigeno por cánula nasal a 3 litros por minuto o con cambio de orden médica (si no lo tiene).
- ✓ Tomar signos vitales y registrar.
- ✓ Según orden medica canalizar una vena periférica (con equipo de venopunción organizado en la bandeja de la sala de endoscopias).
- ✓ Continuar con orden medica hasta estabilizar al paciente.

- ✓ Se reportara como novedad de efecto adverso, en el formato diseñado para tal evento.
- ✓ Diligenciar los formatos de control de reprocesamiento de equipos, desinfección de la sala de endoscopias y accesorio, recolección de desechos, así como la estadística diaria de pacientes.
- ✓ Informe cualquier novedad a la jefe del servicio o medico de turno.
- ✓ Deje la sala de procedimientos en orden.

REFERENCIAS

1. Arroyave M, González. Infección intrahospitalaria: prevención y control. Tercera edición. Comité de Control de infecciones. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, 1999.
2. Centers for Disease Control and prevention. Guidelines for isolation precautions in hospitals Atlanta, 1995.
3. División Médica. Circular interna: Guías de manejo institucional. Fundación Santa Fe de Bogotá. 1999.
4. Johnson y Johnson Medical. Instrucción Programa de Asepsia. Bogotá, 1994-2006-2007.
5. Secretaria de Salud de Bogotá. Conductas básicas de bioseguridad: manejo integral, Ministerio de Salud. Colombia, 1997.
6. Dirección de Salud Pública, Área de vigilancia en salud pública. Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Secretaria de Salud de Bogotá. Bogotá ,1999.
7. Directrices prácticas para la desinfección de endoscopios. ACED, Asociación Colombiana de Endoscopias Digestiva, Bogotá- Colombia, 2007.
8. Society of Gastroenterology Nurses and Associates (2004).Guidelines for the use of high level disinfectants and sterilants for reprocessing of flexible gastrointestinal endoscopes. www.sgna.org/Resources/guidelines/guideline6.cfm.
9. Asociación Europea de Endoscopia gastrointestinal (E.S.G.E.) y Sociedad Europea de Enfermeras y Auxiliares de Gastroenterología y Endoscopia (E.S.G.E.N.A.) Actualización 1999.
10. Secretaria General de la ESGE, Dr. Jean-Francoiss Rey, Institut Arnault Tzabck, E- mail: Jean-francois.rey@wanadoo.fr.
11. BaiII j. Gastrointestinal Endoscopy Basic Principals and practice .Oxford Betterworth-Heinemann.1993.

12. Gastroenterología y hepatología ,segunda edición editorial Médica Celsius 2006.- pg 1307-1391 ACED (Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva)
13. ACED: Manual de técnicas en endoscopia digestiva ,Editores .Albis Cecilia Hani de Ardila Diego Mauricio Aponte Martín, Astrazeneca, 1era edición 2005
14. GUIA MEDICA http://www.laprensa.hn/guiamedica/841831-418/conozca-la-importancia-de-la-endoscopia
15. El MUNDO http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/ulcera-gastroduodenal.html
16. via Definicion ABC http://www.definicionabc.com/salud/neoplasia.php

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
1	Coordinación de enfermería	Coordinación de enfermería Coordinación administrativa	Dirección Médica