



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

"COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2015"

AUTORAS:

ANDRADE HIDROVO JOHANNA CECIBEL
AYO TAPIA ANA KAREN

DIRECTOR

DR. CÉSAR BOHÓRQUEZ SAONA

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2016

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico primeramente a Dios, por darme esa fuerza de seguir adelante y afrontar los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A las personas más importantes en mi vida; mis padres, Sr. José Andrade y la Lcda. Laura Hidrovo, hermanos Srta. Lady Andrade y joven Lenin Andrade; tía Lcda. Roxi Hidrovo, primo joven Esteban Viteri; Dr. Freddy Hinostraza y sobre todo a una persona muy especial en mi vida, joven Dario Loor quienes han aportado con motivación en cada momento de mi vida para poder alcanzar mis metas, y levantarme emocionalmente cuando sentía que el camino terminaba; sin ellos nada hubiera sido posible.

A mis amigos, Gabriela Cárdenas, Mario Menéndez, Ana Ayo y Cindy Solórzano a quienes aprecio mucho y he compartido muchas experiencias durante estos años de estudios.

También expreso mis agradecimientos a demás amigos y familiares, que pusieron un granito de arena para este logro profesional.

Johanna Cecibel Andrade Hidrovo

DEDICATORIA

Gracias a mis padres, Sr Gonzalo Fabian Ayo Maldonado y Sra. Deisy Mercedes Tapia Veliz; mis hermanos Sra. Diana Elizabeth Ayo Tapia, el joven Christopher Fabian Ayo Tapia y a mi sobrina Dayana Mendoza Ayo quienes fueron mis mayores promotores durante este proceso; gracias a ellos he logrado alcanzar una de mis metas.

Gracias a Dios porque me ha motivado todos los días a luchar por mis objetivos sin dejar caer la toalla a pesar de las barreras que se hayan podido presentar en mi camino y sobretodo por haberme dado a mi hermosa familia incondicional.

Gracias a mis amigos con quienes compartí alegrías y tristezas a lo largo de este camino, Johanna Andrade Hidrovo, Paola Ponce Párraga, Mario Menendez, Gabriela Cardenas, Luisa Zambrano, Julio Cedeño y demás amigos y compañeros que forman parte de mi vida y ahora de este logro tan importante para mí.

Gracias a la Universidad Técnica de Manabí que permitió mi formación en sus aulas, fue mi segundo hogar, en donde conocí excelentes docentes que inspiran amor a la medicina, quedo eternamente agradecida con ellos, gracias por lo que me han enseñado.

Gracias a todos los que de una u otra forma contribuyeron en mi formación y ahora son parte de mi logro profesional.

Ana Karen Ayo Tapia

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento sincero en primer lugar a Dios por permitirnos finalizar esta etapa de nuestras vidas con salud y energía, dotándonos de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, por habernos acogido y aportado con conocimientos para nuestro perfil profesional.

A nuestros padres y familiares por el apoyo incondicional que mostraron en este largo camino, que comienza a dar frutos.

A nuestro presidente de tesis, Dr. Freddy Hinostroza Dueñas y Director de tesis Dr. César Bohórquez Saona por dedicarnos el tiempo necesario y la voluntad sincera prestada hacia nosotras; siendo el pilar necesario para que nuestra investigación avance de acuerdo a las normas exigidas.

Al tribunal de tesis y a todas las personas que de una forma u otra nos prestaron su colaboración y nos permitieron cristalizar esta meta tan anhelada.

Johanna Cecibel Andrade Hidrovo

Ana Karen Ayo Tapia

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado "COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2015". Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de las autoras Johanna Cecibel Andrade Hidrovo y Ana Karen Ayo Tapia.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.



DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS
PRESIDENTE DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo Dr. CÉSAR BOHÓRQUEZ SAONA tengo a bien certificar que el trabajo de investigación titulado "COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2015" Ejecutada por: Johanna Cecibel Andrade Hidrovo y Ana Karen Ayo Tapia se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de las autoras y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.



DR. CÉSAR BOHÓRQUEZ SAONA
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de investigación "COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2015", cuyos autores son las egresadas de Medicina: Andrade Hidrovo Johanna Cecibel y Ayo Tapia Ana Karen, certificamos que se estudió y analizó el mencionado trabajo de titulación con el fin de continuar los trámites siguientes para los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.



Dr. Freddy Hinostroza Dueñas
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Dra. Minerva Donate Pino
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dr. Juan Samper
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE
TESIS
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

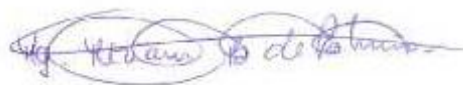
"COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS
MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE
DEL 2015"

Trabajo de investigación sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo,
requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO - CIRUJANO
APROBADO



Ing. Karina Rocha Galecio
DECANA DE LA FCS (E)



Mg. Miriam Barreto Rosado
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN



Ab. Daniel Cadena Macías
ASESOR JURIDICO (E)

FCS



Dr. César Bohórquez Saona
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION



Dr. Freddy Hinostroza Dueñas
PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION



Dra. Minerva Donate Pino
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dr. Juan Samper
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUDITORIA

Nosotras Johanna Cecibel Andrade Hidrovo con C.I. 1313292409 y Ana Karen Ayo Tapia con C.I. 1722388210, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado "COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2015" es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director de Tesis el DR. CÉSAR BOHÓRQUEZ SAONA.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a las autoras.

Johanna Cecibel Andrade Hidrovo

Ana Karen Ayo Tapia

ÍNDICE

PORTADA.....	I
DEDICATORIA.....	II
DEDICATORIA.....	IX
AGRADECIMIENTO.....	X
CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Marcador no definido.	¡Error!
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Marcador no definido.	¡Error!
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN..... Marcador no definido.	¡Error!
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE TESIS ¡Error! Marcador no definido.	¡Error!
DECLARACIÓN DE AUDITORIA.....	XIV
RESUMEN.....	XII
SUMARY.....	XIII
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
SUBPROBLEMAS.....	4
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVOS.....	5
GENERAL:.....	5
ESPECÍFICOS:.....	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO REFERENCIAL INSTITUCIONAL.....	6
MARCO TEÒRICO.....	9
VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	22
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	23
VARIABLE DEPENDIENTE:.....	24
CAPÍTULO III.....	30
DISEÑO METODOLÒGICO.....	30
TIPO DE ESTUDIO.....	30
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	30

ÁREA DE ESTUDIO.....	30
UNIVERSO	30
MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	31
MÉTODOS E INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	31
PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS.....	32
RECURSOS INSTITUCIONALES	32
RECURSOS HUMANOS	32
RECURSOS FÍSICOS.....	32
RECURSOS ECONÓMICOS	33
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	34
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	35
RECOMENDACIONES	56
PRESUPUESTO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	57
CRONOGRAMA VALORADO.....	58
CAPÍTULO V	59
PROPUESTA	59
JUSTIFICACIÓN.....	59
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	60
BENEFICIARIOS	60
RESPONSABLES	61
UBICACION SECTORIAL Y FÍSICA	61
FACTIBILIDAD	61
ACTIVIDADES	62
RECURSOS HUMANOS	62
INFRAESTRUCTURA	62
CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS.....	63
FODA	64
RESULTADOS DE LA PROPUESTA.....	65
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	91
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	92

RESUMEN

Los procedimientos endoscópicos son una técnica muy segura. Aparecen complicaciones en menos de 1 de cada 1.000 exploraciones diagnósticas y muchas son leves y sin repercusión alguna. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos, como dilataciones, polipectomías o esclerosis. Entre las complicaciones mayores están la perforación, la hemorragia, reacciones medicamentosas, alteraciones cardiopulmonares y transmisión de infecciones. Otras complicaciones menores son roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares, o afonía, entre otras.

En el sitio donde se haya practicado una biopsia o se haya extirpado un pólipo puede producirse sangrado, pero generalmente es mínimo y rara vez requiere seguimiento. La perforación (o desgarramiento del revestimiento del tracto intestinal) puede requerir una cirugía pero es una complicación muy poco frecuente.

Algunos pacientes pueden presentar una reacción a los sedantes o complicaciones derivadas de enfermedades cardíacas o pulmonares. Si bien las complicaciones posteriores a una endoscopia superior son muy poco frecuentes, es importante reconocer anticipadamente los signos de posibles complicaciones. Hay que tener en cuenta que el sangrado puede aparecer varios días después del procedimiento.

Nuestro estudio es prospectivo cuantitativo-cualitativo. Es una investigación científica propositiva analítica que se llevará a cabo mediante la recolección de datos clínicos de pacientes sometidos a la realización de procedimientos endoscópicos tras producirse alguna complicación luego de dicho estudio.

La modalidad básica de la investigación será de Campo.

En cuanto a los resultados servirán para demostrar cuáles fueron las complicaciones post procedimientos endoscópicos y emplear de manera correcta el tipo de preparación endoscópica adecuada para cada paciente, independientemente de la edad, sexo o intubación a realizar. Mostraremos la calidad y preparación de estos procedimientos endoscópicos y de esta manera contribuir a una mejor elección de preparación.

Palabras claves: Complicaciones post procedimientos endoscópicos, hemorragia, perforación, alteraciones cardiopulmonares, reacciones medicamentosas.

SUMMARY

Endoscopic procedures are a very safe technique. Complications occur in less than 1 in 1,000 diagnostic examinations and many are mild and without any repercussions. The possibility of complications is greater when the endoscope is used to apply treatments like dilation, polypectomy or sclerosis. Among the major complications are perforation, bleeding, drug reactions, cardiopulmonary disorders and transmission of infection. Other minor complications were dental fractures, tongue biting, jaw dislocations, or hoarseness, among others.

On the site where you have a biopsy or removing an polyp bleeding can occur, but is usually minimal and rarely requires follow. Drilling (or tear the lining of the intestinal tract) may require surgery but is a very rare complication.

Some patients may have a reaction to the sedatives or complications from heart or lung disease. While post-upper endoscopy complications are rare, it is important to recognize early signs of possible complications. Keep in mind that bleeding can occur several days after the procedure.

Our study is quantitative and qualitative prospective. It is a proactive analytical scientific research to be carried out by collecting clinical data of patients undergoing endoscopic procedures after performing any complications occur after the study.

The basic form of the research will de Campo.

As for the results which were used to demonstrate the complications and post endoscopic procedures used correctly endoscopic type preparation suitable for each patient, regardless of age, sex or intubation to be performed. We show the quality and preparation of these endoscopic procedures and thus contribute to a better choice of preparation.

Keywords: Complications after endoscopic procedures, bleeding, perforation, cardiopulmonary disorders, drug reactions.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El procedimiento endoscópico es una prueba esencial para un diagnóstico y se ha fundamentado como un procedimiento eficaz en muchos padecimientos digestivos, aunque no está exenta de complicaciones post procedimientos endoscópicos, por lo que es necesaria la correcta preparación del usuario así como también se le debe indicar seguir las instrucciones previas al procedimiento.

Siendo la endoscopia un procedimiento seguro, las complicaciones que se presenten posteriores al procedimiento realizado son poco frecuentes, siendo la mortalidad muy baja, la cual puede aumentar con factores de riesgo como la edad del paciente así como con la comorbilidades que presente.

Previo al procedimiento endoscópico se debe indicar al paciente no ingerir nada las 6 u 8 horas antes del tratamiento a realizarse y se debe tener especial atención en aquellos pacientes que se encuentren bajo medicación, sobre todo aquellos pacientes diabéticos o quienes tomen medicamentos que comprometan la agregación plaquetaria o la coagulación.

Dentro de las complicaciones relevantes existentes en procedimiento post endoscopia digestiva alta destacamos: Derivadas de la sedación y anestésicos tópicos; Complicaciones cardiovasculares; Infecciones; Perforaciones; Aspiración; Hemorragia. (Fundación Española De Endoscopia Digestiva, Capítulo 40, Pag 21-28).

La endoscopia digestiva hoy en día incluye métodos complejos como las mucosectomías y procesos que requieren más de una sesión endoscópica como puede ser en el caso de las estenosis y la erradicación de varices, lo que acrecienta el riesgo de inconvenientes. El fin de un estudio realizado en un Servicio de Endoscopia de adultos fue analizar como incide las complicaciones de la endoscopia diagnóstica y terapéutica, teniendo que de un gran número de usuarios que se realizaron este procedimiento, un bajo porcentaje presentó complicaciones.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza por su importancia, debido a que las complicaciones post procedimiento endoscópico constituyen un problema de salud, así métodos terapéuticos endoscópicos que evolucionan, incluyendo el aumento de las sedaciones y la realización de exploraciones urgentes en pacientes mayores y con mucha comorbilidad son factores que aumentan el riesgo de padecer complicaciones significativas.

El propósito de este trabajo es evaluar la calidad de endoscopia post procedimiento que nos permita obtener buenos resultados en los usuarios y un pronóstico de vida favorable del paciente que acude en busca de ayuda profesional oportuna, eficaz y eficiente. La investigación es factible de realizar debido a que contamos con los recursos institucionales, bibliográficos y materiales, así como la estimulación, interés y tiempo requerido por los investigadores, componentes precisos para desarrollar la indagación antes mencionada. La viabilidad del proyecto a realizarse está dada porque contamos con recursos humanos y económicos suficientes para lograr objetivos y metas antes planteadas.

Estamos convencidos del beneficio directo que va a tener este estudio en el personal de salud y estudiantes que accedan al mismo con el propósito de actualizar conocimientos sobre la importancia de conocer la calidad post procedimientos endoscópicos e indirectamente sobre el paciente quien será el más beneficiado sobre la revisión de estos conocimientos al mejorar notablemente el tratamiento de su enfermedad y pronóstico de vida. Por tanto, al ser esta una investigación de carácter profesional, tendrá un impacto positivo en nuestro medio, ya que busca mejorar las condiciones de vida de este grupo de usuarios de salud y por tanto contribuir con el Buen Vivir de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Endoscopía Digestiva Alta es una técnica que tiene no solo una alta rentabilidad diagnóstica, sino también una gran seguridad en cuanto a la posible existencia de complicaciones, muchas de las cuales están en relación con el uso de sedación. Se deduce que solo existe una complicación, por lo general leve, entre cada 1000 exploraciones diagnósticas. (Endoscopía Digestiva: diagnóstica y terapéutica).

Y hay que tener en cuenta que, muchas veces los usuarios que se someten a Endoscopia Digestiva Alta presentan enfermedades graves, con afectación importante del estado general. La principal preocupación corresponde al grupo de pacientes añosos con comorbilidades en los cuales serían más frecuentes las complicaciones post endoscópicas; pero al existir pocos estudios sobre complicaciones post endoscópicas, se pretende hacer un análisis de los datos clínicos de pacientes menores de 50 años que se hayan realizado endoscopias digestivas para saber el grado de complicaciones que pueden existir en pacientes dentro de este grupo de edad.

En cualquier caso, debemos conocer las complicaciones y estar preparados para diagnosticarlas y tratarlas. Es así que en Manabí, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone se realiza a un alto porcentaje de pacientes, endoscopias digestivas con fines tanto diagnósticos como terapéuticos, y según lo ya expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones post procedimiento endoscópico en usuarios menores de 50 años del Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone durante el periodo Mayo - Octubre del 2015?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características demográficas de los usuarios atendidos en el subproceso de endoscopia en el hospital IESS de Chone?

¿Cuáles son las complicaciones post procedimiento endoscópico?

¿Cuál es el manejo de las complicaciones post procedimiento endoscópico?

¿Cómo dar a conocer la importancia de las complicaciones post procedimiento endoscópico al personal de salud y los usuarios atendidos en el Hospital IESS de Chone?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Educativo

Área: Medicina

Aspecto: Complicaciones de endoscopia post procedimiento en usuarios menores de 50 años ingresados en el área de Gastroenterología del Hospital IESS de Chone, durante el periodo Mayo - Octubre del 2015

Delimitación espacial: La investigación se desarrolló en el Hospital IESS de Chone

Delimitación temporal: La presente investigación se desarrolló durante el periodo Mayo - Octubre del 2015”

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las complicaciones post procedimiento endoscópico en usuarios menores de 50 años del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone durante el periodo Mayo - Octubre del 2015.

ESPECÍFICOS:

Identificar las características demográficas de los usuarios atendidos en el subproceso de endoscopia en el hospital IESS de Chone

Conocer las complicaciones post procedimiento endoscópico

Establecer el manejo de las complicaciones post procedimiento endoscópico

Impartir charla referente a las complicaciones post procedimiento endoscópico al personal de salud y los usuarios atendidos en el Hospital IESS de Chone

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL INSTITUCIONAL

El Hospital Tipo 2 de Chone, tiene la finalidad de proteger la salud de la población del Cantón y la zona norte de Manabí, a través de sus servicios procurando dar a los usuarios una vida más sana en respuesta a las necesidades de todos quienes acuden a esta institución en busca de fomento, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

Para este efecto cuenta con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización (Medicina Interna-UCI, Pediatría-Neonatología, Cirugía, Gineco - Obstetricia, Gastroenterología), así como de los servicios Auxiliares de Diagnóstico y Complementarios.

MISION

Somos una Institución de Salud que cuenta con médicos especialistas, personal calificado y equipo con tecnología de última generación, que cumple con altos estándares de calidad. Nuestra finalidades proveer servicios de salud integral, innovadora y de excelencia contribuyendo al desarrollo de la ciencia médica en Ecuador.

VISION

Ser la mejor y más completa institución de servicios médicos, hospitalarios y de salud en Ecuador, con un equipo humano altamente comprometido, capaz de garantizar un excelente servicio a través de sistemas de aseguramiento de la calidad, mediante métodos que superen las expectativas de nuestros clientes y proveedores, generando en los usuarios confianza, seguridad, credibilidad y fidelidad.

El Hospital del IESS de Chone de la Provincia de Manabí está ubicado en el sector de “San Felipe” en la calle Junín y Boyacá y posee las siguientes bondades:

Un espacio físico el cual tiene una estructura orgánica que es la siguiente:

Área Médica:

Hospitalización y ambulatorio:

Área de gastroenterología-endoscopia, Áreas de Especialidades Clínicas, Áreas de Especialidades de Cirugía, Área de Odontología, Centro de Rehabilitación, Centro Quirúrgico y de cirugía del día, Centro Obstétrico, Centro de Neonatología, unidad de Enfermería, asistencia administrativa

Subgerencia de Medicina Crítica:

Área de Urgencias, Área de Anestesiología, Centro de Recuperación post anestésica, Unidad de Enfermería, Asistencia Administrativa.

Subgerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

Área de Anatomía Patológica, Área de Patología Crítica, Área de Imagenología, Centro de Diálisis, Unidad de Enfermería, Asistencia Administrativa.

Unidad de servicios generales:

Dietética y Nutrición, Esterilización, Lavandería, Ambulancia y Transporte, Limpieza y mantenimiento de edificios, Seguridad y guardianía.

Subgerencia Financiera: Unidad de presupuesto y contabilidad, Unidad de facturación y consolidación de costos, Unidad de recaudaciones y pagos, Organismos Asesores y de Apoyo, Consejo Técnico, Comité de Farmacología, Adquisiciones, Historia Clínica, Sala de espera.

Departamentos de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

Laboratorio Clínico, Terapia Ocupacional, Área de Rehabilitación.

Departamento de Servicios Técnicos y de Colaboración Médica:

Enfermería, Estadística, Registro Médico y Farmacia.

Áreas Administrativas.

Administración del Centro de Salud: Recursos Humanos y Contabilidad.

Departamento de Servicios Generales: (Limpieza, Consejería, Vigilancia).

MARCO TEÒRICO

La gran mayoría de los procedimientos de endoscopia superior rutinaria va según lo previsto, pero hay excepciones. Estos se clasifican mejor como “eventos no planificados”, que incluyen fallas técnicas (no se puede llegar a la zona deseada) y fracasos clínicos (no se benefician del tratamiento). Aquí nos centramos en los eventos adversos.

Algunos de estos son relativamente triviales, por ejemplo, sangrado que se detiene sin necesidad de transfusión. “Complicación” tiene connotaciones médico-legales desafortunadas, por lo que su uso debe limitarse a eventos no planificados de un nivel definido de gravedad. Una complicación es: Un evento no planeado; resultado atribuible al procedimiento; que requiere ser admitido al hospital, o permanezca más tiempo de los esperado, o debe someterse a otras intervenciones.

Niveles de severidad de las complicaciones. Las complicaciones pueden variar de relativamente menor a potencialmente mortal, por lo que es necesario contar con un cierto grado de severidad. Utilizamos el grado de “perturbación” de los pacientes para la estratificación: Leve-eventos que requieren hospitalización de 1-3 días; moderado-hospitalización de 4-9 días, severo-estancia de más de 10 días, o la necesidad de cirugía o cuidados intensivos; fatal-muerte atribuible al procedimiento.

Un grupo de trabajo multidisciplinario de ASGE ha propuesto recientemente un nuevo léxico para los eventos adversos para todos los procedimientos endoscópicos. La nueva definición es: un evento adverso impide la finalización del procedimiento previsto (no simplemente un fallo técnico o mala preparación o tolerancia), y/o resultados en un ingreso en el hospital, prolongación de la estancia hospitalaria existente, u otro procedimiento (uno que requiere sedación/anestesia), o consulta con otra especialidad.

Tasas de complicaciones. Definiciones y métodos para la recopilación de datos y la falta de estudios basados en variables de la comunidad, hacen que sea difícil tener estadísticas precisas sobre los riesgos de la endoscopia, que obviamente varían con la población de pacientes y muchos otros factores. Sin embargo, las grandes encuestas sugieren que la probabilidad de sufrir una complicación grave (como perforación o un evento cardiopulmonar) después de la endoscopia superior de rutina, es menos de 1 en 1000 casos.

Los riesgos son mayores en los ancianos y enfermos agudos, y durante procedimientos terapéuticos y de emergencia. La falta de experiencia, sedación excesiva y exceso de confianza, son factores importantes. Eventos adversos específicos. Hipoxia, debe ser detectada temprano por seguimiento cuidadoso de enfermería, con ayuda de oximetría de pulso, y se trata rápido. Aspiración pulmonar es probablemente más común de lo que reconoce. El riesgo es mayor en pacientes con residuos de alimentos retenidos (por ejemplo, acalasia, estenosis pilórica), y en aquellos con sangrado activo.

Sangrado puede ocurrir durante y después de lesiones existentes (p. ej., varices) o como resultado de la manipulación endoscópica (biopsia, polipectomía), o, de vez en cuando, a causa de arcadas de un desgarro de Mallory-Weiss. El riesgo de hemorragia es mayor en pacientes con coagulopatía, y en aquellos que toman anticoagulantes y (posiblemente) los agentes antiplaquetarios.

Perforación es la complicación más temida de la endoscopia superior. Es raro, ocurre más en el cuello, y es más frecuente en pacientes de edad avanzada, talvez en la presencia de un divertículo de Zenker. En riesgo se reduce al mínimo mediante la inserción del endoscopio bajo visión directa. Perforación más allá del cricofaríngeo es extremadamente inusual en pacientes que no se someten a las técnicas terapéuticas, como dilatación de estenosis, polipectomía, o resección mucosal. Arritmias cardíacas son extremadamente raras, exigen el reconocimiento precoz y el tratamiento experto. Problemas con el sitio intravenoso (IV).

Muchos pacientes tienen molestias en el lugar de su infusión. Trombosis local no es inusual y es peligrosa, pero la evidencia de inflamación extendida debe ser tratada con prontitud y seriedad. Infección. Los pacientes con infecciones activas pueden presentar riesgos al personal y para los pacientes posteriores. Endoscopios (y accesorios) son vehículos potenciales para la transmisión de la infección de un paciente a otro (por ejemplo, *Helicobacter pilory*, salmonella, hepatitis, micobacterias). (Endoscopia Gastrointestinal Práctica, Capítulo 15, pág. 21-22)

Dentro de las complicaciones en las polipectomías, cuando son bien indicadas y realizadas con la técnica apropiada, son raras. Entre las complicaciones, la más temida es la perforación, que puede ser inmediata o tardía. Las perforaciones ocurridas inmediatamente después de la resección pueden ser tratadas con la utilización de clips metálicos.

En la complicación hemorrágica, muchas veces, la hemostasia ocurre espontáneamente o puede inducirse con rociado de vasoconstrictores diluidos en solución salina. En caso de persistencia del sangrado, se utiliza la inyección local de una solución de glucosa hipertónica con vasoconstrictor, cuyo mecanismo de acción es la sumatoria de la constricción de los vasos con la compresión mecánica.

Muchas veces, principalmente en los sangrados arteriales, es necesaria la utilización de clips metálicos hemostáticos. Como prevención de una hemorragia en las lesiones pediculadas, podemos utilizar la aplicación de clips hemostáticos o “lazo hemostático” (endoloop) en la base del pedículo, antes de realizar la resección. En todas las resecciones, con la utilización de la corriente eléctrica, ocurre la formación de una ulcera local, que es siempre mayor que el área reseçada.

Cuidados clínicos para el tratamiento de la ulceración deben ser tomados, principalmente en las resecciones mayores. Es muy importante como en cualquier procedimiento médico realizar la polipectomía con un equipo bien entrenado, contar con el instrumento adecuado, y estar preparado para intervenir inmediatamente. No olvidar jamás que el sentido común es indispensable para la realización de cualquier acto médico.

La tasa de complicación relacionada con la colonoscopia con polipectomía es de cerca de 2,3%. Sangrado, perforación y síndrome post polipectomía son las principales complicaciones relacionadas directamente con el procedimiento. El sangrado es la complicación más común después de la polipectomía, y su riesgo ha sido delatado como entre 0,1 a 0,6%. El sangrado puede ser agudo o tardío; el primero es definido como hasta 12 horas después del procedimiento, y el segundo, entre 2 a 8 días después la polipectomía.

La mayor parte de los sangrados es tardía y una minoría de los pacientes necesita transfusión sanguínea. El sangrado agudo ha sido relacionado con el uso insuficiente de la electrocoagulación durante la resección con lazo o por la transección mecánica con lazo prematura o excesiva o por el paso de la corriente de corte versus coagulación de manera inadecuada. El sangrado agudo, la mayoría de las veces, puede ser conducido efectivamente por hemostasia endoscópica.

La lesión de la pared intestinal por la electrocoagulación induce a una quemadura transmural en menos del 0,2% de los pacientes sometidos a la polipectomía con dolor e inflamación localizada, sin evidencia de perforación. Esta perforación es la complicación

más temida, y felizmente ella es poco común, ocurre en menos de 0,1 a 0,3%. Si la perforación ocurre durante el procedimiento, una vez detectada, puede ser tratada por endoscopia con colocación de clips. En el caso de que la perforación ocurra o sea detectada tardíamente, el paciente deberá ser encaminado para la corrección quirúrgica.

Complicaciones de la dilatación endoscópica. En procedimientos como la dilatación las principales complicaciones son: la perforación, el sangrado y la aspiración. La tasa de perforación varía entre los relatos, de 0,1 a 0,4% (4% en la acalasia) y es mayor en las estenosis complejas. Es importante sospechar siempre de una perforación ante la ocurrencia y, principalmente, persistencia de dolor, disnea, taquicardia o fiebre. El estudio de una radiografía simple de tórax puede detectar una perforación, sin embargo el examen contrastado con un contraste hidrosoluble o la tomografía tienen mayor sensibilidad. La perforación ocurre en la estenosis, excepto en los casos de perforación por el hilo guía.

La perforación en el esófago puede ser dividida en tipo 1 (intramural), tipo 2 (transmural, sin extravasación hacia el mediastino). La perforación en las estenosis actínicas es mayor y más severa. Pacientes con estenosis actínicas pueden presentar perforación hasta el 48% de los casos, después de la dilatación con balón, y hasta el 13% de aquellos con estenosis por ingestión de cáusticos. Los pacientes con perforaciones tipo 1 y 2 pueden ser tratados de manera conservadora. Aquellos con tipo 2 que presenten extravasación tardía pueden, además del tratamiento conservador, recibir prótesis metálicas autoexpandibles o clips metálicos.

La cirugía está indicada para aquellos con el tipo 3, o con el empeoramiento clínico progresivo. (Endoscopia Digestiva Terapéutica, Capítulo 50, pág. 61-70). Los principales factores de riesgo para una perforación incluyen: estenosis maligna, esofagitis severa, historia de ingestión de cáusticos, estenosis complejas y largas, presencia de divertículo esofágico, inexperiencia del endoscopista, hernia hiatal grande, historia de perforación previa e historia de cirugía del esófago. La morbilidad de la perforación está relacionada con su tamaño, con la demora en ser percibida y la potencial contaminación de los tejidos o de la cavidad adyacente al tubo digestivo.

El sangrado a partir de las laceraciones producidas por el estiramiento de la pared del tubo digestivo raramente constituye alguna preocupación. La mayor importancia del

sangrado es reducir la calidad de la inspección endoscópica, dificultando la identificación de la perforación.

Complicaciones de las mucosectomías. La complicación más frecuente de las mucosectomías es el sangrado, pueden presentarse en menor porcentaje de los pacientes. La intensidad del sangrado es variable, puede ser poco significativo y autolimitado, o abundante, requiriendo alguna forma de intervención terapéutica. Con más frecuencia ocurre en el momento de la resección, pero puede ser tardío, aconteciendo hasta 12 a 15 días después del procedimiento.

El control de la hemorragia a través de métodos endoscópicos puede ser obtenido en la gran mayoría de los casos. Existen varios métodos de hemostasia endoscópica, pero la aplicación de clips se ha mostrado como la forma más eficaz y segura, garantizando la hemostasia en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, la colocación de clips para cerrar la herida después de las mucosectomías no parece ser eficaz en la profilaxis del sangrado tardío.

La hemorragia puede ocurrir durante el procedimiento o tardíamente, generalmente entre el tercer y séptimo día postoperatorio. La hemorragia que ocurre durante las mucosectomías acostumbra ser de pequeña intensidad, autolimitada o de fácil control a través de la electrocoagulación. En los casos de hemorragia intensa, es recomendable la inyección de soluciones hemostáticas (adrenalina con glucosa hipertónica o alcohol absoluto, por ejemplo) y/o la aplicación de clips metálicos o terapia térmica como beater probe o la coagulación con plasma de argón.

A pesar de ser menos frecuente, la perforación es la más temida de las complicaciones relacionadas con las mucosectomías. Puede ocurrir cuando la túnica muscular es incluida en el agarre del lazo o cuando la intensidad de la corriente utilizada es muy elevada. La inyección insuficiente parece ser una causa importante de perforación. Cuando la vejiga creada por la inyección es más voluminosa, y el lazo es colocado más distante de la pared el riesgo de perforación es menor.

Cuando la perforación es reconocida de inmediato, existe la posibilidad de tratarla endoscópicamente con clips. En los casos de perforación con la formación de un neumoperitoneo importante, es conveniente efectuar una punción abdominal para una

descompresión previa a su tratamiento endoscópico. Las estenosis pueden ocurrir después de mucosectomías extensas, principalmente cuando son realizadas en el esófago.

La perforación puede ocurrir durante el procedimiento o tardíamente. La perforación inmediata ocurre generalmente en razón de la elevación inadecuada de la submucosa o por exceso de tejido resecaado (aspirado o retirado) durante las mucosectomías. El tratamiento convencional de la perforación es la laparotomía quirúrgica, así que el diagnóstico es confirmado (dolor abdominal, peritonitis y neumoperitoneo).

Sin embargo autores han relatado buenos resultados con el tratamiento conservador para las perforaciones diagnosticadas durante la mucosectomías con “sutura endoscópica” de la perforación, utilizando clips metálicos, ayuno, drenaje por sonda nasogástrica y antibioticoterapia de largo espectro. La perforación tardía, que se manifiesta del tercer al décimo día, es causada por isquemia del lecho de la ulcera postoperatoria secundaria al exceso de corriente aplicada durante la resección.

Independientemente de la técnica de mucosectomía, se recomiendan algunas precauciones para prevenir complicaciones: 1. Resecar la mucosa apenas lo suficiente para retirar el tumor con los márgenes. 2. Inyectar solución en la periferia de la lesión, en gran volumen y bajo presión para disecar la capa muscular propia de la submucosa. Solución de adrenalina (1:1.000) puede ser adicionada con el objetivo de prevenir la hemorragia. 3. Evitar la aplicación prolongada de corriente eléctrica durante la resección de la lesión a fin de evitar la perforación tardía por quemadura transmural. 4. Evitar realizar la mucosectomía convencional en lesiones con una cicatriz de ulcera.

Complicaciones de la disección submucosa endoscópica. La perforación es una de las complicaciones más serias durante la disección submucosa endoscópica, pero en general puede ser reparada endoscópicamente con clips, sin la necesidad de interrupción del procedimiento o intervención quirúrgica.

Algunos cuidados son fundamentales para minimizar su ocurrencia, como: técnica adecuada; conocimiento y dominio en el uso de los accesorios en cuanto a las particularidades; ajuste correcto del bisturí eléctrico en cada etapa del procedimiento y de acuerdo con el accesorio utilizado; realizar maniobras cuidadosas, con control fino de knife, y tener siempre orientación espacial en cuanto a la localización de la capa muscular propia.

En la cámara gástrica, el riesgo de perforación es mayor en el cuerpo y fundus, donde la pared es más delgada con relación al antro, más allá de que la capa muscular propia del cuerpo presente fallas que puedan inducir la disección en un plano profundo. Otros factores que aumentan el riesgo de perforación son la ocurrencia de un sangrado severo debido a la presencia de vasos de mayor calibre, acumulo de contenido líquido en la curvatura mayor y la dificultad de manipulación y aproximación del aparato a las paredes anterior y posterior y de la curvatura mayor del cuerpo alto.

En el esófago, el riesgo de perforación es elevado por presentar una pared más delgada y el control del endoscopio es más difícil dado el reducido calibre y los movimientos resultantes de la respiración y de los latidos cardiacos. Por no presentar capa serosa, la exfoliación de la capa muscular propia puede llevar al apareamiento de un neumomediastino sin mayores implicaciones clínicas, sin embargo, la perforación puede tener un curso más severo, evolucionando hacia una mediastinitis.

Frente a una perforación se debe utilizar el CO₂ para la insuflación, debido a su rápida absorción, y realizar la aplicación de clips inmediatamente. En el caso que no haya espacio suficiente o el tejido sea demasiado delgado para la colocación del clip, se debe proseguir la disección hasta que esto sea posible.

La utilización de clips en ese momento debe ser lo suficiente para evitar el extravasado del aire, ya que la presencia de muchos clips dificulta la secuencia del procedimiento. Cuando la perforación no es detectada inmediatamente, puede ocurrir la formación de un neumoperitoneo voluminoso, con repercusión cardiorrespiratoria, siendo necesaria una punción descompresora. (Endoscopia Digestiva Terapéutica, Capítulo 36, pág. 146-152-170)

La hemorragia es la más frecuente de las complicaciones, oscilando su incidencia entre un 1 y 6%, aproximadamente, un 75% de los episodios tienen lugar en las 12-24 primeras horas después de la intervención. La hemorragia durante el procedimiento o tras él puede ser controlada con el uso de pinzas de electrocoagulación, hemoclips o agujas de esclerosis. Dado que el sangrado durante el procedimiento puede ser de cuantía importante.

Complicaciones de prótesis autoexpandibles. El índice de complicaciones de las prótesis autoexpandibles es bajo, sin embargo la mortalidad puede llegar al 2%. Las complicaciones pueden ocurrir durante el procedimiento o después (precoz o tardíamente). Las

complicaciones más comunes son: Aspiración, fracaso, perforación, dolor torácico, insuficiencia respiratoria por compresión de vías respiratorias, migración, oclusión, hemorragia, fistulas, reflujo gastroesofágico.

La inserción de la prótesis después de un tratamiento adyuvante (RT, laser o dilatación) implica unas tasas de mortalidad más alta, en razón del poder de expansión radial en una pared friable. Otro grupo de riesgo es el de pacientes con grandes lesiones próximas de la aorta, ya que la prótesis puede corroer la pared de esta, con la consecuente hemorragia masiva intratable. Otro grupo de pacientes que merece una atención especial son aquellos con reflujo gastroesofágico post tratamiento con prótesis.

Estos pacientes tienen un reflujo de difícil tratamiento, pues ellos no tienen una barrera para evitarlo. A pesar de todas las medicaciones y maniobras disponibles, el uso de una prótesis con una válvula antireflujo todavía es la mejor opción, aunque haya trabajos que no relacionen esta ventaja. Esperemos que nuevos y mejores modelos sean desarrollados, para que estas sean prótesis de elección en las lesiones próximas al TEG.

Complicaciones endoscópicas de stents gastroduodenales. La tasa de complicación después de la complicación endoscópica de stents gastroduodenales se sitúa entre 11% y 43%, y ellas son clasificadas didácticamente en complicaciones inmediatas (24 horas), precoz (2 a 14 días) y tardía (después de 2 semanas). Las principales complicaciones observadas en la fase inmediata o precoz después de la colocación de prótesis enterales son secundarias a la sedación, mal posicionamiento del stents, perforación, aspiración y sangrado.

Entre las complicaciones observadas en el periodo tardío se destacan la oclusión del stents sea por oclusión derivada del crecimiento tumoral o por migración distal, ocurre hasta 28% de los pacientes según un estudio multicéntrico, y es más frecuente en pacientes que presentan una sobrevida superior a 6 semanas. Esos efectos adversos tardíos pueden ser resueltos de modo mínimamente invasivo con el posicionamiento de un nuevo stent por vías endoscópica.

Las principales complicaciones relacionadas con el implante de los stents de colon son: perforación, sangrado, migración, reobstrucción y dolor. Las dos revisiones sistemáticas ya citadas mostraron índices de perforación entre 4,0% y 3,76%, asociados a la dilatación

previa de la estenosis maligna por balón; la migración de la prótesis ocurrió en 10 y 11,81% de los casos y la reobstrucción, en 10 y 7,34%. Las tasas de mortalidad fueron de 1,0 y 0,58%. El sangrado es, frecuentemente, autolimitado, por el propio efecto compresivo del stent liberado, y el dolor tiende a mejorar después de la expansión total de la prótesis, lo que ocurrió en general dentro de las 48 horas.

Complicaciones de retirada de cuerpos extraños. Cuando se revisaron los relatos de casos y de series, se encontró 39,8% de complicaciones relacionadas con la retirada de CECR, descritas como abrasiones y laceraciones. Los sangrados relacionados con el procedimiento de retirada de CECR son con frecuencia autolimitados. Sangrados más importantes deben ser reevaluados por la necesidad del clipaje o sutura. La perforación fue encontrada en 6,6% y en la mitad de estos casos como una peritonitis asociada a un cuadro séptico.

Lesiones esfinterianas traumáticas con frecuencia resultan en varios grados de incontinencia. (Endoscopia Digestiva Terapéutica, Capítulo 50, pág. 61-70).
Complicaciones de Esfinterotomía endoscópica. Generalmente, las complicaciones de la Esfinterotomía endoscópica, se agrupan según su localización, en tiempo, la gravedad y la naturaleza. En cuanto a la localización, ellas pueden ser: Locales: en órganos en contacto con el endoscopio o instrumental (sangrado, perforación, pancreatitis, etc.). Sistémicas: en órganos sin contacto directo con el endoscopio (p. ej.: complicaciones cardiológicas, pulmonares o renales).

En cuanto al tiempo, las complicaciones pueden ser divididas en: Inmediatas: evidentes durante o después de la culminación del procedimiento. Agudas: se presentan durante el periodo de recuperación inmediato (pocas horas). Precoces: ocurren después que el paciente deja el periodo de observación. Un límite de tres días es aceptado para las complicaciones inespecíficas y de 30 días para las complicaciones focales. Tardías: complicaciones relacionadas claramente con el procedimiento endoscópico, pero que no se manifiestan por varios meses o años.

En cuanto a la gravedad, podemos agrupar las complicaciones en: Leves: necesidad de una hospitalización no planificada o prolongación de la admisión por hasta tres días. Moderadas: 4 a 10 días de hospitalización, incluyendo eventuales procedimientos endoscópicos o radiológicos necesarios. Graves: más de 10 días de hospitalización,

necesidad de intervención quirúrgica o de cuidados intensivos. Fatales: muerte atribuida al procedimiento dentro de 30 días o más (en caso de hospitalización prolongada).

Para fines didácticos, dividiremos las principales complicaciones en precoces y tardías y abordaremos cada una de ellas separadamente. Varias series publicadas muestran que la EE presenta una tasa de complicación global de, aproximadamente, 10%, con mortalidad alrededor de 1%.

Un análisis multivariado mostro que la dificultad de cateterización, uso del precorte, asociación de procedimiento endoscópico y percutáneo, sospecha de disfunción del esfínter de Oddi y presencia de cirrosis están asociadas significativamente a las complicaciones de la EE. En otro estudio, solamente el uso del precorte y la experiencia de la unidad de endoscopia mostraron diferencia significativa.

Pancreatitis aguda. En algunas series, la pancreatitis aguda es considerada la complicación más frecuente después de la CPRE tanto diagnóstico como terapéutica. En la mayoría de los casos se presentan bajo las formas leves o moderadas, respondiendo bien al tratamiento clínico. Hasta un 20% de los casos de enfermedad pueden evolucionar hacia la forma severa, que implica la necrosis pancreática y de otros tejidos. Varios factores de riesgo están asociados a la pancreatitis post-EE: de canulación de la vía biliar, mayor número de inyecciones de contraste en el páncreas y uso de precorte.

La pancreatitis post-CPRE puede resultar de alguna manipulación de la papila o del conducto pancreático. Sin embargo, el mecanismo exacto que desencadena la lesión inicial es desconocido y permanece en discusión. Por lo tanto, se deben evitar los traumatismos mecánicos de los canales pancreáticos durante el cateterismo, el exceso de corriente eléctrica y el exceso de inyección de contraste en la glándula (acinarización) durante la EE.

La pancreatitis es más frecuente después de la CPRE en pacientes jóvenes la explicación probable es la declinación de la función exocrina pancreática con la edad. La administración de varias sustancias ha sido probada con la finalidad de reducir la incidencia de la gravedad de la pancreatitis post-EE.

El uso de nifedipina (reducción del espasmo del esfínter de Oddi), aprotinina (inhibidor de la proteasa), glucagón, corticosteroides o calcitonina mostro resultados desalentadores. La administración profiláctica de octreotida (análogo sintético de la somatostatina) presenta resultados contradictorios. El uso de gabexate (nueva o más potente clase de inhibidores de

la proteasa) presento resultados alentadores. Sin embargo, el elevado costo de esta nueva mediación y la necesidad de hospitalización para su aplicación pueden elevar sustancialmente el costo de la CPRE.

El uso solamente de corriente de corte durante la esfinterotomía, en vez del corte y coagulación asociados, han sido propuestos por algunos autores al mostrarse asociados a una menor incidencia de pancreatitis pos procedimiento. No existe evidencia suficiente para justificar la sensibilidad al yodo puede llevar a una pancreatitis, aunque muchos endoscopistas tomen precauciones extras (uso de corticosteroides). En pacientes con disfunción del esfínter de Oddi, la colocación profiláctica de una prótesis plástica pancreática después de la realización de una esfinterotomía biliar reduce significativamente el riesgo de pancreatitis (26 vs 7%).

Hemorragia. El sangrado es una complicación frecuente post-EE, pero la incidencia exacta varía con la definición utilizada. Generalmente la hemorragia es constatada durante o inmediatamente después del procedimiento y puede ser de origen arterial o venoso. En algunos casos ella puede ser observada después de horas, o hasta incluso días, necesitando de una nueva endoscopia para la confirmación del origen del sangrado.

Un análisis multivariado evidenció algunos factores de riesgo asociados a la incidencia de hemorragia post-EE (coagulopatía preexistente, uso de anticoagulantes, colangitis preexistente, experiencia del endoscopista y sangrado durante la EE). La presencia de cirrosis e hipertensión portal puede ser un factor de riesgo adicional, a pesar de que la EE siga siendo considerada segura.

La mayoría de los especialistas recomiendan una incisión lenta y controlada del esfínter de Oddi, evitándose la esfinterotomía en cremallera. En caso de sangrado, el uso de corriente de coagulación en el esfinterotomo puede llevar a la hemostasia. La inyección de adrenalina o de polidocanol también es una alternativa. Se debe tomar en cuenta el riesgo de pancreatitis en caso de una inyección próxima al orificio pancreático.

El uso de un balón de taponamiento, de un catéter multipolar o la coagulación con plasma de argón también pueden ser útiles. La radiología intervencionista, a través de la embolización arterial, desempeña un papel importante en el control de las hemorragias más severas. (Endoscopia Digestiva Terapéutica, Capítulo 10, pag.205-209).

Complicaciones derivadas de la sedoanalgesia. La tasa de complicaciones oscila entre el 0,1% y el 0,2%, existiendo una mortalidad baja del 0,0014%, del total de complicaciones, siendo más habituales con una frecuencia de casi el 46%, las complicaciones cardiorespiratorias. La frecuencia de flebitis es pequeña y se produce más a menudo cuando se utiliza diazepam en venas de pequeño calibre.

Entre las complicaciones cardiorrespiratorias las que se presentan mayoritariamente y son de gravedad, incluyen hipoxemia, hipotensión, arritmias y aspiración broncopulmonar. Hipoxemia. Durante una gastroscopia pueden producirse episodios transitorios de desaturación, independientemente de que se realice bajo sedación o no. Estos episodios no parecen tener repercusiones importantes, especialmente en pacientes sin patología cardiopulmonar relevante.

En algunos trabajos se ha publicado que, aproximadamente el 45% de los pacientes pueden desarrollar hipoxemia. Los factores que incrementan este riesgo son la obesidad mórbida, la edad avanzada y las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, metabólicas, y otras. La administración suplementaria de oxígeno puede disminuir la magnitud de la desaturación, incluso puede disminuir la incidencia de desviaciones del segmento ST en pacientes con cardiopatía isquémica.

Hipotensión. Es habitual, sobretodo, cuando se asocian sedantes y analgésicos. Arritmias. La taquicardia sinusal es la más frecuente, aunque también pueden aparecer otras arritmias. Aspiración. Su riesgo es especialmente importante en los pacientes con hemorragia digestiva alta.

Si el usuario tiene un nivel de conciencia bajo, la endoscopia se debe realizar con intubación orotraqueal. Por otra parte, es útil la administración de un bolus de eritromicina para aumentar el vaciamiento gástrico, disminuyendo así el riesgo de aspiración y facilitando la visión endoscópica del tracto digestivo alto. (Endoscopía Digestiva: Diagnóstica Y Terapéutica, Capítulo 15, pág. 43-44)

Complicaciones infecciosas. Pueden ser secundarias al procedimiento endoscópico por sí mismo o a la contaminación del equipo utilizado, siendo en ambos casos muy raras. Cuando se asocia una dilatación esofágica o en la escleroterapia por varices, las bacteriemias son más frecuentes. La aparición de infecciones a distancia, como los

abscesos, tras estas bacteriemias es excepcional. El mayor riesgo lo constituyen los pacientes con una prótesis valvular, en los que se produce una endocarditis en 1 caso/5´10.000.000 de endoscopias.

La asociación Americana de Cardiología recomienda a los pacientes a los que se vaya a realizar una dilatación esofágica o una esclerosis y que hayan tenido un episodio previo de endocarditis, o tengan una prótesis valvular, una malformación cardiaca, una disfunción valvular reumática o de otra etiología o presenten una miocardiopatía hipertrófica, la realización de una profilaxis antibiótica.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Complicaciones post procedimiento endoscópico

Usuarios menores de 50 años del Hospital IESS de Chone

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL IESS DE CHONE			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Los riesgos son mayores en los menores de 50 años post procedimientos terapéuticos y de emergencia ya que grandes encuestas sugieren que la probabilidad de sufrir una complicación grave (como perforación o un evento cardiopulmonar) después de la endoscopia superior de rutina, es menos de 1 en 1000 casos	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	SEXO	FEMENINO MASCULINO INDETERMINADO
		EDAD	20-25 26-31 32-37 38-43 43-50
		PROCEDENCIA	RURAL URBANA

VARIABLE DEPENDIENTE: MANEJO DE COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	
Un evento no planeado; resultado atribuible al procedimiento; que requiere ser admitido al hospital, o permanezca más tiempo de los esperado, o debe someterse a otras intervenciones	COMPLICACIONES	HEMORRAGIA	AGUDA TARDÍA	<12 HORAS >12 HORAS
		PERFORACIÓN	INMEDIATAS TARDIAS	> 24 HORAS
		SEDOANALGESIA	TAQUICARDIA BRADICARDIA BRONCOASPIRACIÓN ANAFILAXIA FLEBITIS DEPRESIÓN RESPIRATORIA	

		INFECCIOSAS	GRAM NEGATIVOS	PSEUDOMONAS SPP SERRATIA MARSCESCENS KLEBSIELLA SPP E. COLI SALMONELLA SPP
			GRAM POSITIVOS	STAPHYLOCOCCUS AUREUS STREPTOCOCCUS FAECALIS ENTEROCOCOS

VARIABLE DEPENDIENTE: MANEJO DE COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO				
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	
Un evento no planeado; resultado atribuible al procedimiento; que requiere ser admitido al hospital, o permanezca más tiempo de los esperado, o debe someterse a otras intervenciones	MANEJO	HEMORRAGIA	INYECCIÓN TÉRMICOS MECÁNICOS QUIRÚRGICOS	ADRENALINA ESCLEROTERAPIA ELECTROCUAGULACIÓN SONDA DE CALOR CUAGULACION CON GAS ARGÓN CLIPS METÁLICOS BANDAS ELÁSTICAS ENDOLAZOS LAPAROSCOPIA ABIERTA

		PERFORACIÓN	CONSERVADOR QUIRÚRGICO	CLIPS METÁLICOS LAPARATOMIA CIRUGÍA CONVENCIONAL
		SEDOANALGESIA	BLOQUEADOR BETA ADRENÉRGICO ANTICOLINERGICO S OXÍGENOTERAPIA ASPIRACION	PROPANOLOL ATROPINA

			VASOCONSTRICTORES CORTICOSTEROIDES ANTIISTAMINICOS INTUBACIÓN OROTRAQUEAL		ADRENALINA
		INFECCIOSAS	ANTI BIÓT ICOS	AMINOGLUCO SIDOS BETALACTÁMI COS	AMIKACINA TOBRAMICINA GENTAMICINA CEFTAZIDIMA IMIPENEM MEROPENEM PIPERACILINA/ TAZOBACTAM

				FLUROQUINO LONAS	CIPROFLOXACI NO
--	--	--	--	---------------------	--------------------

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: porque se busca determinar las complicaciones post procedimiento endoscópico en usuarios menores de 50 años

Prospectivo: porque se realiza el seguimiento de las complicaciones post procedimiento endoscópico en usuarios menores de 50 años que fueron atendidos en el IEES de Chone

Cuantitativo-cualitativo: Estudio que se realiza desde Mayo 2015 a Octubre del 2015, tomando en cuenta datos actuales y relacionados con el problema identificado en el Hospital del IEES de Chone.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública

Sublínea: Salud Preventiva

ÁREA DE ESTUDIO

Hospital IEES Chone, Área de endoscopia, ubicado en la Provincia de Manabí, País Ecuador, en el período propuesto.

UNIVERSO

El universo de estudio lo constituyeron 80 pacientes que se realizan procedimientos endoscópicos, teniendo una muestra de 3 usuarios menores de 50 años ingresados en el área gastroenterología del Hospital IEES de Chone con complicaciones post procedimiento endoscópico durante el periodo de Mayo-Octubre del 2015 que fueron intervenidos.

Fórmula estándar así:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{N.E^2 + Z^2 pq}$$
$$n = \frac{(1,645)^2 0,5 \cdot 0,5 \cdot 80}{80 \cdot (0,02)^2 + (1,645)^2 0,5 \cdot 0,5}$$
$$n = 76,37$$

Z = Nivel de Confianza = 95% = 1,645

P = 50% área bajo la curva: 0,5

Q = 50% área complementaria bajo la curva: 0,5

E = 2 % de error muestra: 0,02

N = Población absoluta: 80 usuarios

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En el siguiente estudio se incluyó a todos los pacientes con complicaciones post procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital IESS Chone durante el periodo Mayo-Octubre del 2015 que se realizaron endoscopía digestiva

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó a:

Aquellos pacientes que no estuvieron dispuestos a formar parte del estudio.

Aquellos pacientes mayores de 50 años

MÉTODOS E INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Para efectos de recolección de la información se realizaron los siguientes pasos:

Se elaboró una solicitud que fue enviada a los directivos de la institución para contar con los respectivos permisos y facilidades en la realización del estudio.

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva donde se pusieron en detalle las diferentes variables que permitieron recolectar la información tales como edad, sexo, procedencia, hábitos. Se elaboró una ficha de recolección de datos del paciente (ver anexos) para la realización de tablas, gráficos y análisis de resultados. Para la ejecución del estudio se

realizó un seguimiento durante 6 meses a las fichas e historias clínicas endoscópicas de los usuarios con complicaciones post procedimiento endoscópico menores de 50 años de edad.

PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

La información obtenida fue procesada con ayuda del programa de Excel, la misma que se calificara en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearan grafitablas y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital IESS- Chone

Universidad Técnica de Manabí

Biblioteca UTM

RECURSOS HUMANOS

Director de tesis

Pacientes con complicaciones post procedimiento endoscópico en el Hospital IESS –Chone

Personal médico del Hospital IESS- Chone

Personal de enfermería del Hospital IESS- Chone

Tribunal de revisión del proyecto de tesis

Autores del proyecto

RECURSOS FÍSICOS

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono
Textos
Revistas
Tarjeta telefónica
Transporte

RECURSOS ECONÓMICOS

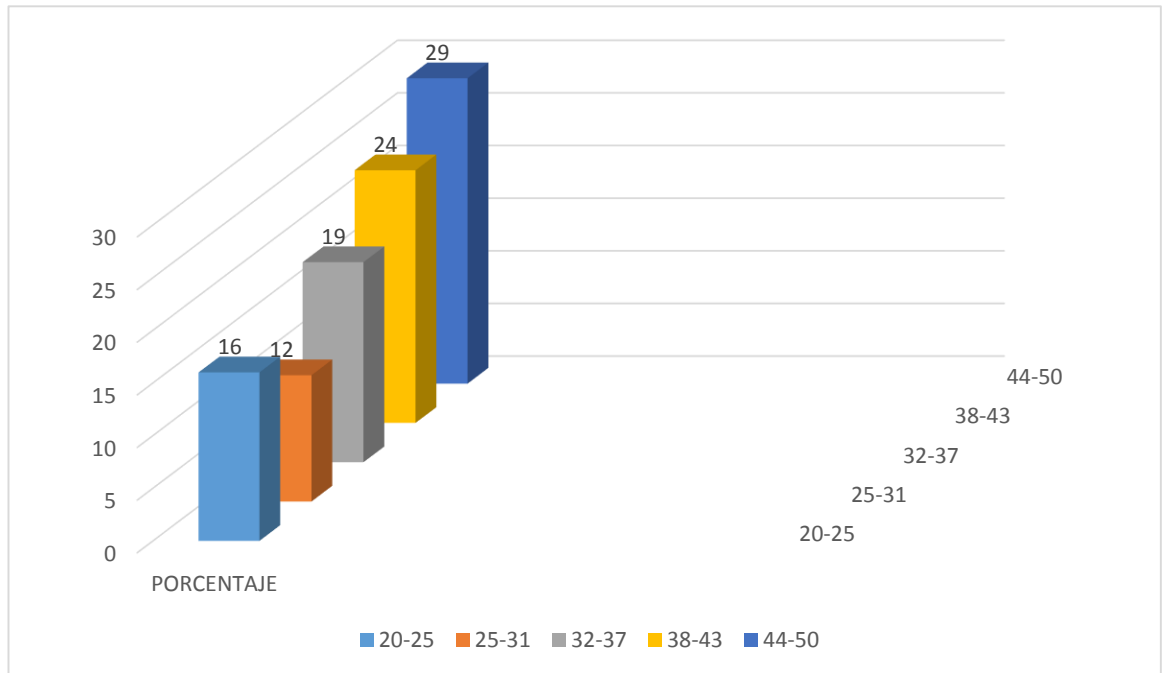
Adquisición de material bibliográfico	80.00
Materiales de ficha recolección de datos	100.00
Alimentación	50.00
Transporte	100.00
Desarrollo de trabajo de titulación e impresiones	105.00
Empastado y encuadernación	100.00
Trípticos y Gigantografías	103.00
El costo del estudio es de	\$ 638.00

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICA Y TABLA: 1

Distribución por edad de los pacientes menores de 50 años intervenidos para la realización de endoscopias en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015.



EDAD	FRE.	%
20 - 25	13	16
26 – 31	10	12
32 – 37	15	19
38 – 43	19	24
44 - 50	23	29
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015 - octubre 2015)

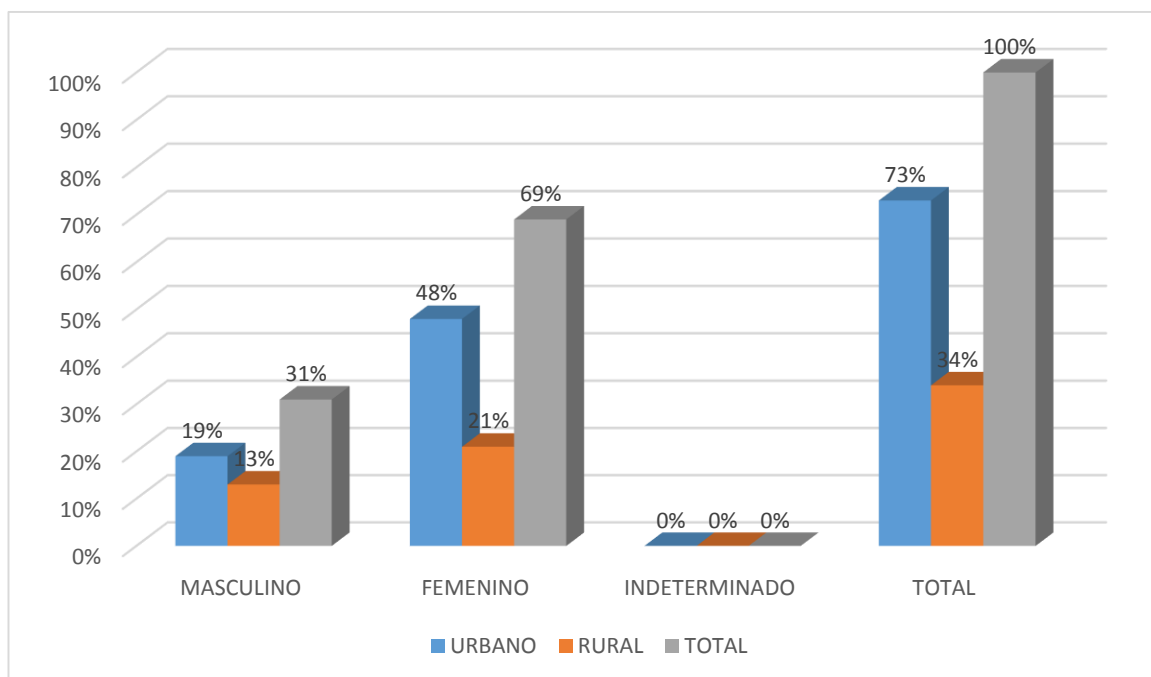
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°1 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015, la mayor incidencia se presentó en aquellos con edades entre 44 y 50 años, representando el 27%, así como en aquellos de 38-43 años que representaron un 22%, mientras que aquellos pacientes que cruzaban entre edades de 32 – 37 años representan un 18% al igual que pacientes de 26-31 años, y aquellos de 20-25 años representan 15%. Se deduce de esta manera, que el mayor porcentaje de pacientes que se les realizó la endoscopia eran de 44 – 50 años, que por lo que se conoce son edades de riesgo para padecer patologías que justifiquen el procedimiento realizado siendo este rango de edad el grupo más propenso para tener complicaciones post-endoscópicas, lo que coincide parcialmente con publicaciones de (GENBA, 2010) (Gastroenterología y Endoscopía de Buenos Aires). Aquellos usuarios de edades avanzadas y que estén bajo medicamentos como aspirina o anticoagulantes son los que corren más riesgo. (Baorreda, 1998)

GRÁFICA Y TABLA: 2

Distribución por género y procedencia de los pacientes menores de 50 años intervenidos para la realización de endoscopias en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015.



PROCEDENCIA / GÉNERO	URBANO		RURAL		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MASCULINO	15	19%	10	13%	25	31%
FEMENINO	38	48%	17	21%	55	69%
INDETERMINADO	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	53	73%	27	34%	80	100%

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015 - octubre 2015)

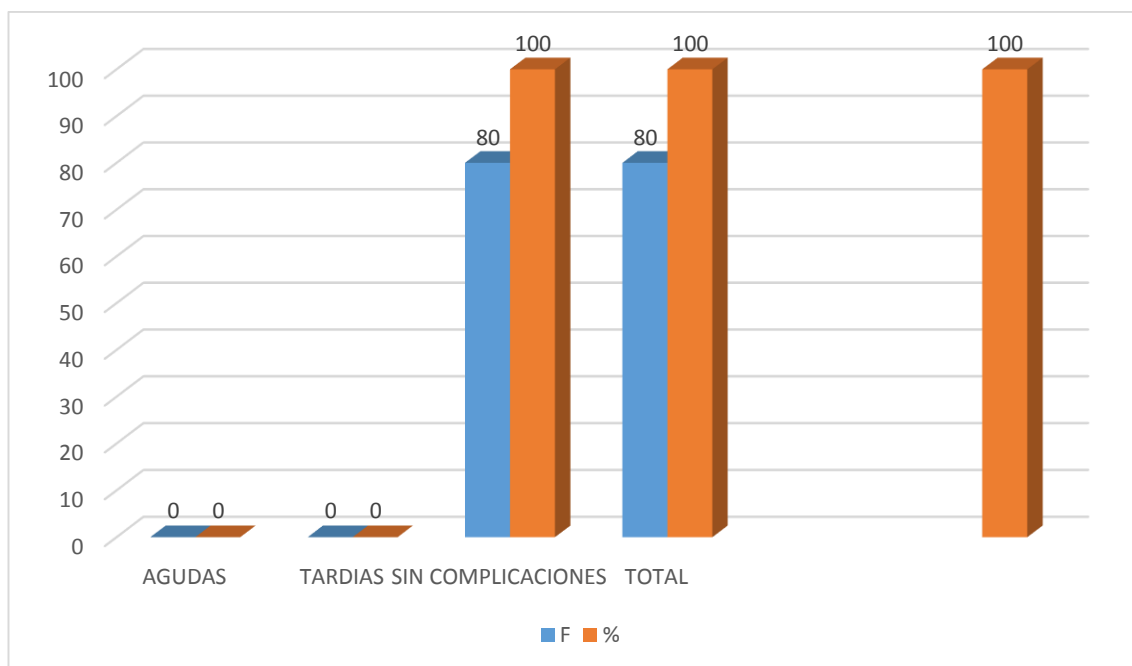
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°2 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015, la mayor incidencia fue del género femenino, con un 69% del total, en comparación con pacientes de género masculino que representaron un 31%. De acuerdo al lugar de procedencia los que eran de zona urbana representaron el mayor porcentaje con el 73% del total, mientras que aquellos que pertenecían a la zona rural representaron el 34%. En un artículo de Gangi et cols. evaluó una prevalencia próxima de 0.3 %, donde figuraron como factores independientes de peligro para la aparición de incidencias cardiovasculares el sexo masculino, puntuación alta en la escala Goldman y uso de propofol en la sedación (Gonzalez Castillo S, 2009). El género masculino, puede verse relacionado como factor de riesgo para complicaciones post endoscópicas ya que generalmente no cumplen con todas las instrucciones previas a la endoscopia. Se deduce de esta manera que el género femenino fue predominante dentro de los pacientes en estudio y que `por lo tanto el género no es un predictor de complicaciones dentro de la investigación.

GRÁFICA Y TABLA: 3

Distribución según las complicaciones hemorrágicas presentadas en los pacientes menores de 50 años intervenidos para la realización de endoscopias en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015



COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS	F	%
AGUDAS	0	0
TARDIAS	0	0
SIN COMPLICACIONES	80	100
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

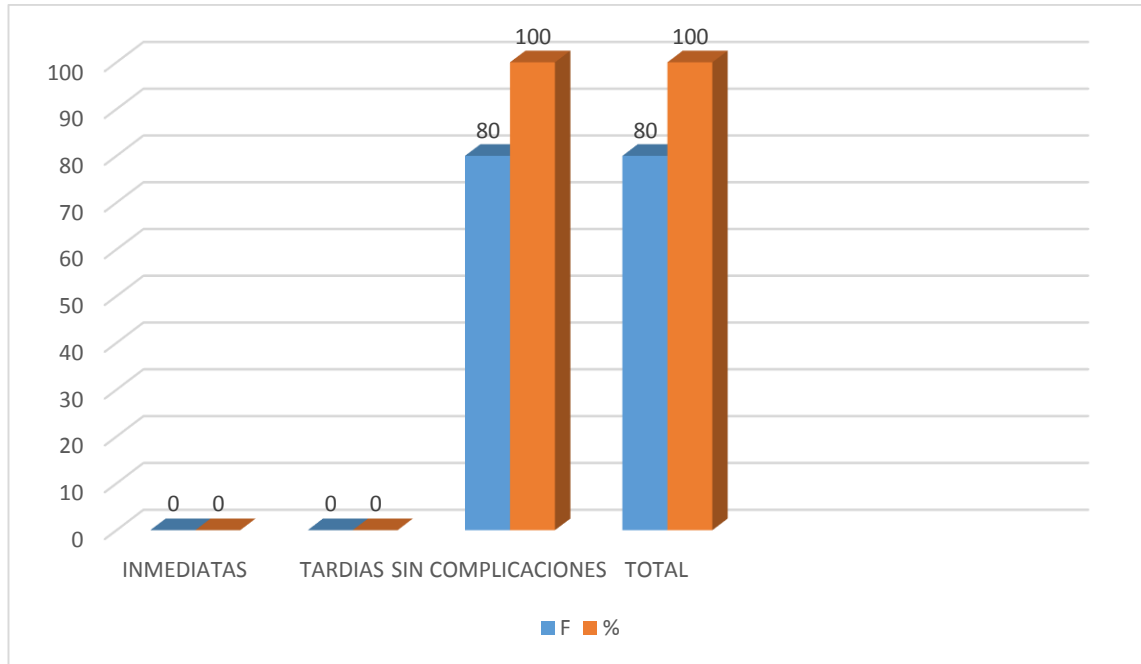
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°3 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015, las complicaciones hemorrágicas, representaron el 0% del total de la población de estudio, mientras que los pacientes que no presentaron complicación alguna representaron el 100% del total de la población. El sangrado es raro durante una endoscopia de práctica. Suele ocurrir por el paso del endoscopio. Domello y cols. Mencionan en un artículo, un aumento del peligro de sangrado en usuarios sometidos anteriormente a un by-pass gástrico. (Gonzalez Castillo S, 2009)

GRÁFICA Y TABLA: 4

Distribución según las complicaciones de perforación presentadas en los pacientes menores de 50 años intervenidos para la realización de endoscopias en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015



COMPLICACIONES PERFORATIVAS	F	%
INMEDIATAS	0	0
TARDIAS	0	0
SIN COMPLICACIONES	80	100
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

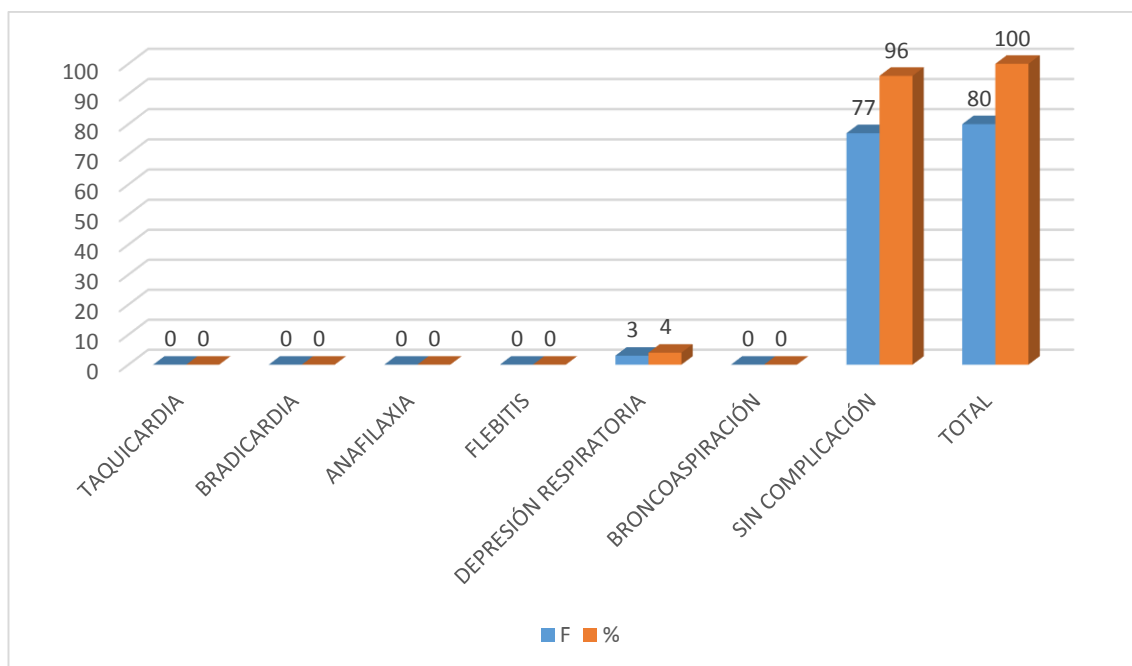
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°4 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015, las complicaciones perforativas, representaron el 0% del total de la población de estudio, mientras que los pacientes que no presentaron complicación alguna representaron el 100% del total de la población. La perforación es infrecuente, estimándose entre el 0.02%-0.2% aproximadamente. Cuando se produce, afecta sobre todo al tercio distal del esófago. El riesgo es más probable durante la injerencia con tejidos neoplásicos. (Gonzalez Castillo S, 2009)

GRÁFICA Y TABLA: 5

Distribución según las complicaciones de perforación presentadas en los pacientes menores de 50 años intervenidos para la realización de endoscopias en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015



COMPLICACIONES DE LA SEDOANALGESIA	F	%
TAQUICARDIA	0	0
BRADICARDIA	0	0
ANAFILAXIA	0	0
FLEBITIS	0	0
DEPRESION RESPIRATORIA	3	4
BRONCOASPIRACIÓN	0	0
SIN COMPLICACIÓN	77	96
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

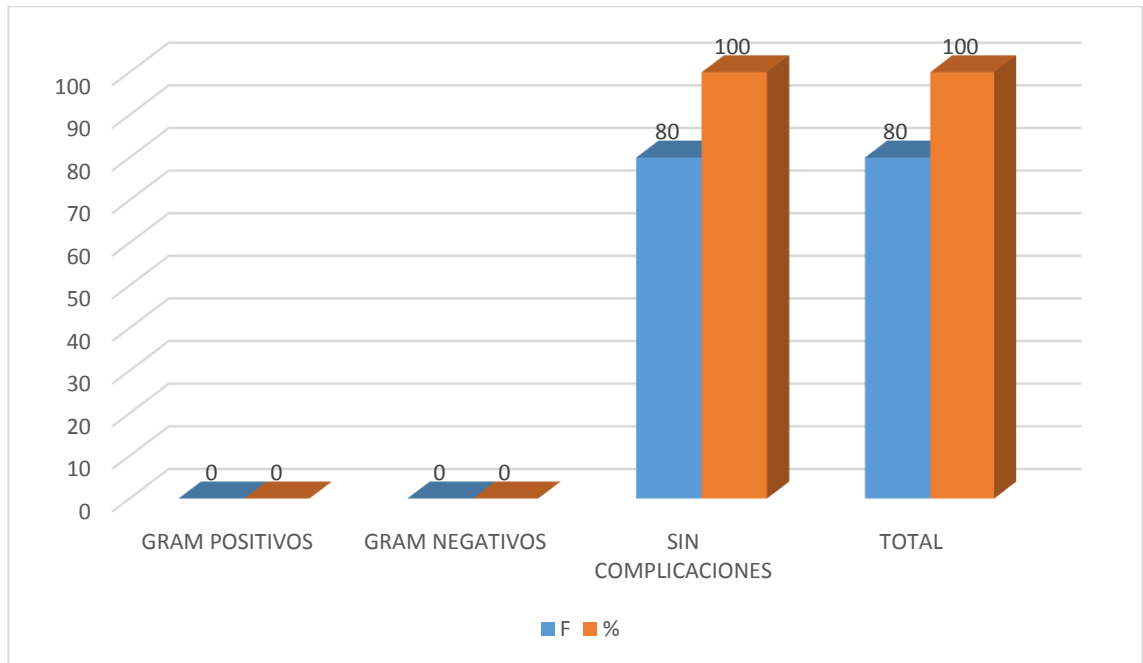
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°5 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015, de las complicaciones derivadas de la sedoanalgesia, arritmias, anafilaxia, flebitis y broncoaspiración representaron el 0% de la población de estudio, la depresión respiratoria representó el 4% del total de la población de estudio, mientras que los pacientes que no presentaron complicación alguna representaron el 96% del total de la población. De las complicaciones derivadas de la sedoanalgesia más frecuentes se encuentran las cardiorrespiratorias, oscilando entre el 0,1 y el 0,2%, con una mortalidad del 0,0014%. También es muy frecuente la desaturación de oxígeno, existiendo pacientes que presentan hipoxemia más relacionada con la sedación que con la endoscopia misma. (M.A. Simón, 2005).

GRÁFICA Y TABLA: 6

Distribución según las complicaciones infecciosas presentadas en los pacientes menores de 50 años intervenidos para la realización de endoscopias en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015



COMPLICACIONES INFECCIOSAS	F	%
GRAM POSITIVOS	0	0
GRAM NEGATIVOS	0	0
SIN COMPLICACIÓN	80	100
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

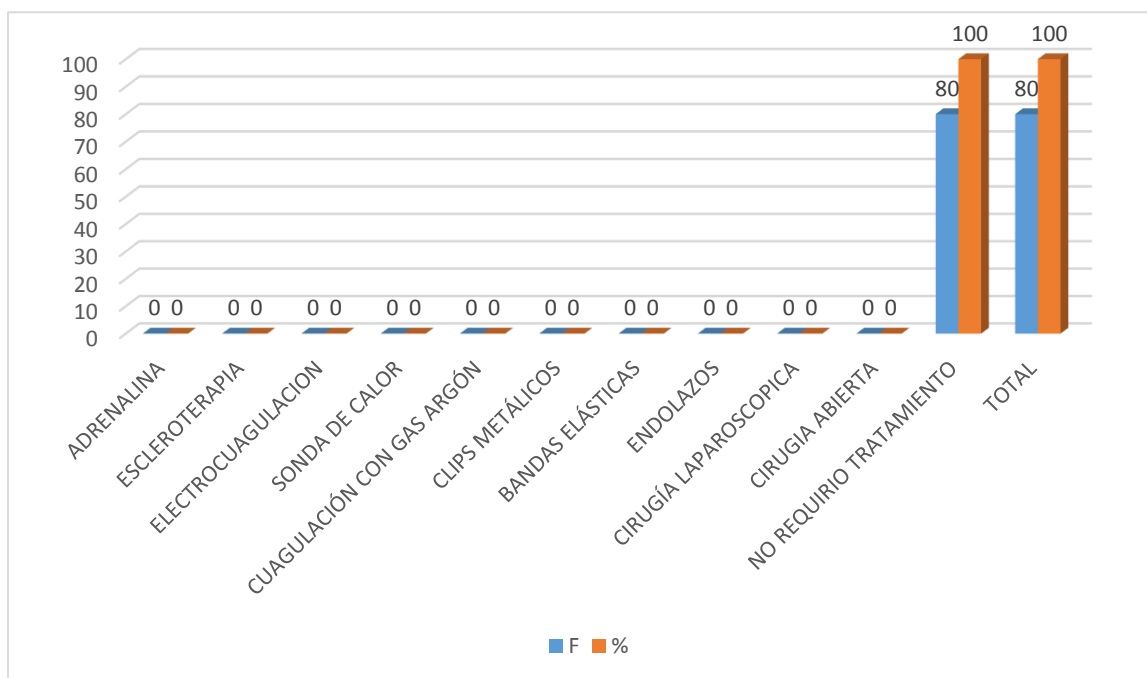
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°6 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015, las complicaciones infecciosas representaron el 0% de la población de estudio, mientras que los pacientes que no presentaron complicación alguna representaron el 100% del total de la población. Este tipo de complicaciones puede presentarse al transmitirse microorganismo de un paciente a otro a través del material que se encuentre contaminado o también se pueden transmitir los microorganismos a través del torrente sanguíneo hacia otros órganos o prótesis implantadas. Existen estudios que revelan la transmisión de Hepatitis B, C, Salmonella y Pseudomona a través de la contaminación del aparato endoscópico (Gonzalez Castillo S, 2009)

GRÁFICA Y TABLA: 7

Distribución según el tratamiento recibido en los pacientes menores de 50 años tras complicaciones post endoscópicas realizadas en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015.



TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS	F	%
ADRENALINA	0	0
ESCLEROTERAPIA	0	0
ELECTROCUAGULACIÓN	0	0
SONDA DE CALOR	0	0
CUAGULACIÓN CON GAS ARGÓN	0	0
CLIPS METÁLICOS	0	0
BANDAS ELÁSTICAS	0	0
ENDOLAZOS	0	0
CIRUGIA LAPAROSCOPICA	0	0
CIRUGIA ABIERTA	0	0
NO REQUIRIÓ TRATAMIENTO	80	100
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

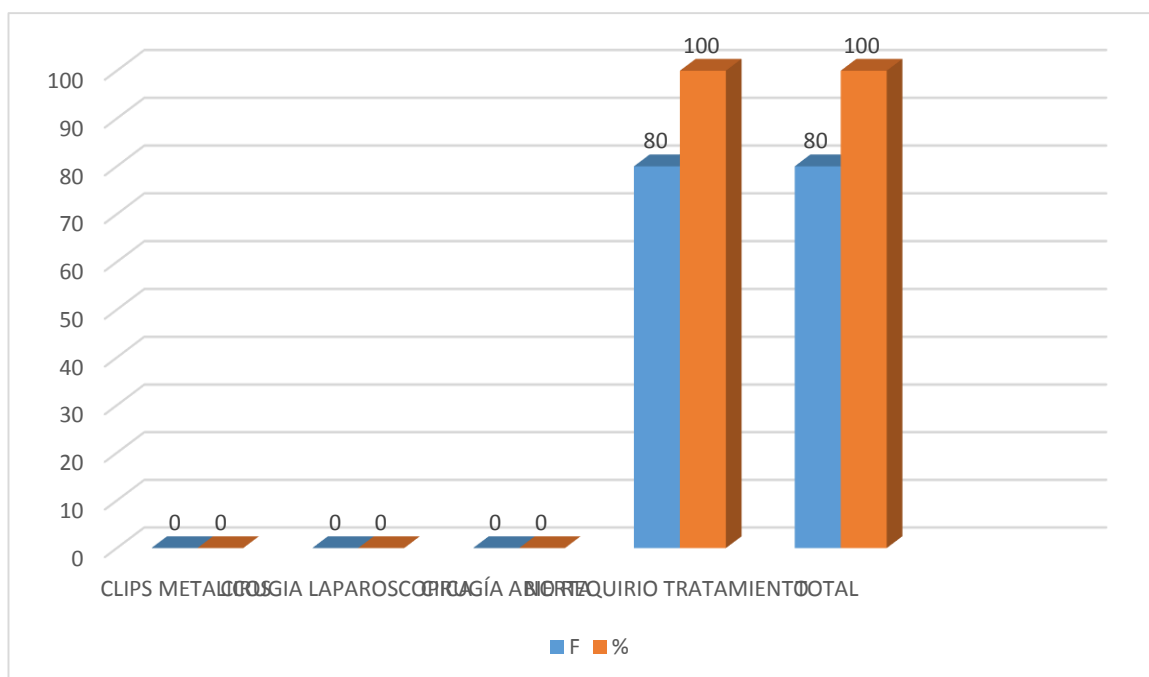
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°7 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015, al no existir complicaciones hemorrágicas no se requirió tratamiento alguno representando el 100% de la población total de estudio, por lo que se deduce que al ser las complicaciones hemorrágicas post procedimiento endoscópico infrecuentes no se necesitó tratamiento alguno lo que coincide parcialmente con lo indicado en la literatura médica endoscópica. El riesgo de sufrir esta complicación es muy bajo en la endoscopia digestiva alta diagnóstica y casi siempre se asocia con coagulopatías. (Marco, 2005).

GRÁFICA Y TABLA: 8

Distribución según el tratamiento recibido en los pacientes menores de 50 años tras complicaciones post endoscópicas realizadas en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015.



TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES PERFORATIVAS	F	%
CLIPS METÁLICOS	0	0
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	0	0
CIRUGIA ABIERTA	0	0
NO REQUIRÍO TRATAMIENTO	80	100
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

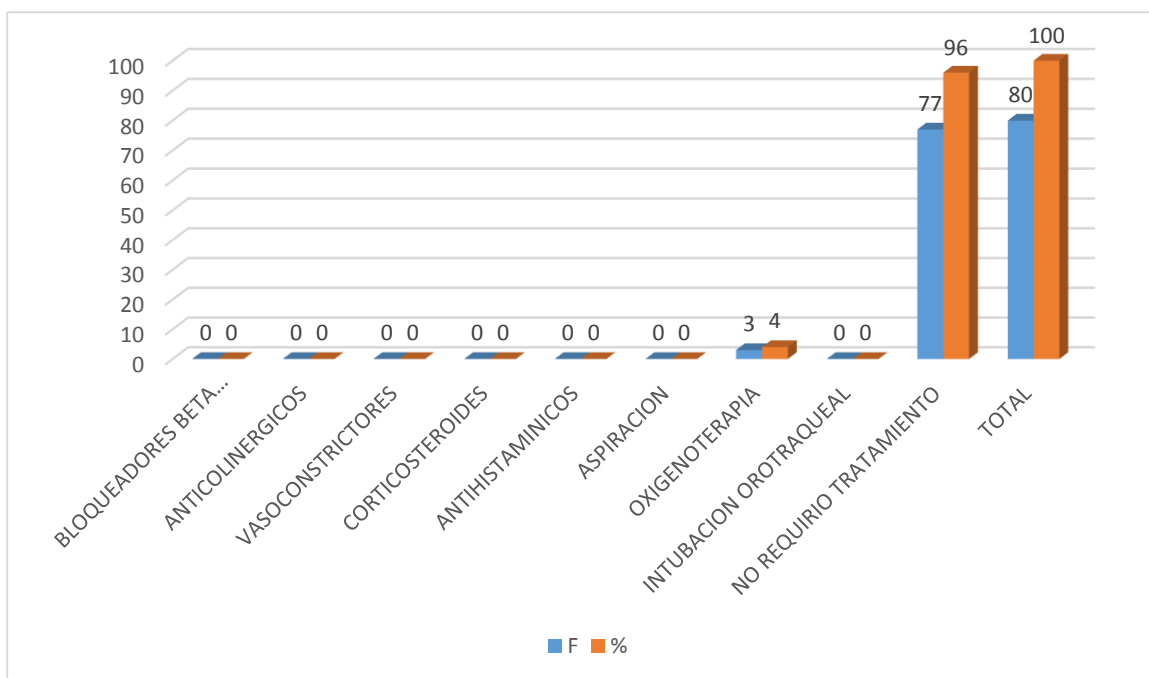
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°8 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015, al no existir complicaciones perforativas no se requirió tratamiento alguno representando el 100% de la población total de estudio, por lo que se deduce que al ser las complicaciones perforativas post procedimiento endoscópico infrecuentes no se necesitó tratamiento alguno lo que coincide parcialmente con lo indicado en la literatura médica endoscópica. El tratamiento se dirige más a medidas conservadoras, aunque no está exenta la intervención quirúrgica. (Gonzalez Castillo S, 2009).

GRÁFICA Y TABLA: 9

Distribución según el tratamiento recibido en los pacientes menores de 50 años tras complicaciones post endoscópicas realizadas en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015.



TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA SEDOANALGESIA	F	%
BLOQUEADORES BETA ADRENERGICOS	0	0
ANTICOLINERGICOS	0	0
VASOCONSTRICTORES	0	0
CORTICOSTEROIDES	0	0
ANTIHISTAMINICOS	0	0
ASPIRACION	0	0
OXIGENOTERAPIA	3	4
INTUBACION OROTRAQUEAL	0	0
NO REQUIRIÓ TRATAMIENTO	77	96
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

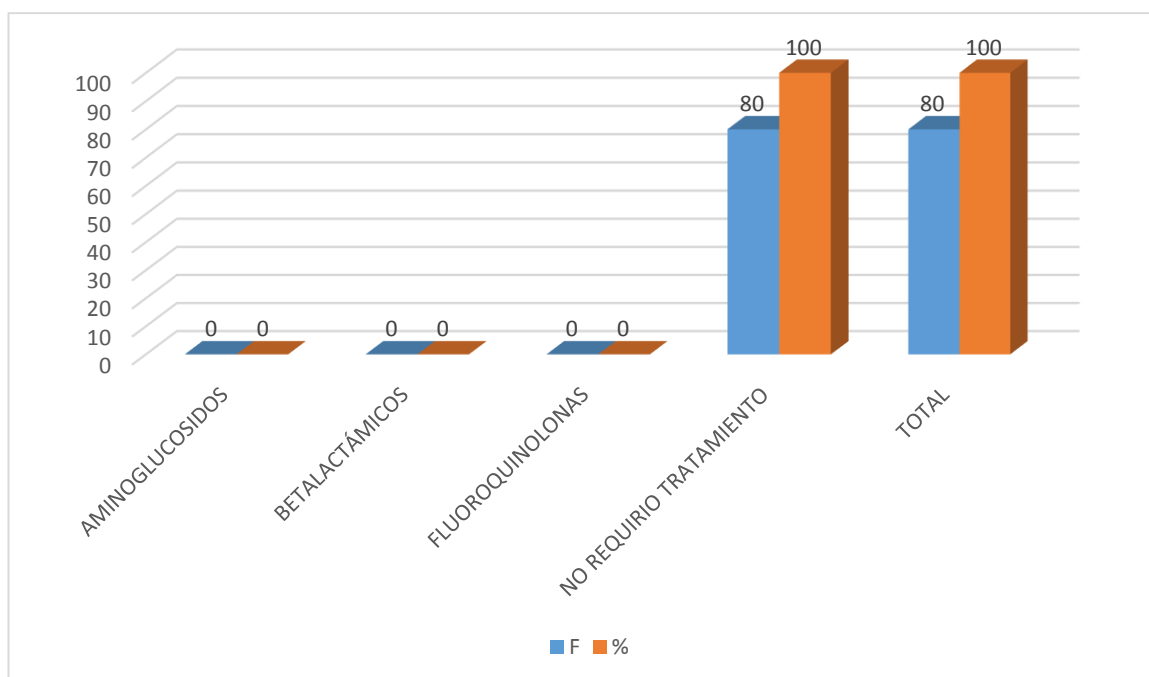
Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°9 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015, al presentarse como complicación post endoscópica depresión respiratoria se manejó satisfactoriamente con oxigenoterapia representando el 4% del tipo de manejo empleado frente a este tipo de complicación, mientras que el 96% de la población en estudio no requirió tratamiento alguno. Es necesario la monitorización constante de los signos vitales por personal entrenado para evitar el riesgo de complicaciones así como el reconocimiento de alguna en caso de que se presenten.(Gonzalez Castillo S, 2009).

GRÁFICA Y TABLA: 10

Distribución según el tratamiento recibido en los pacientes menores de 50 años tras complicaciones post endoscópicas realizadas en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015- octubre 2015.



TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS	F	%
AMINOGLUCOSIDOS	0	0
BETALACTÁMICOS	0	0
FLUOROQUINOLONAS	0	0
NO REQUIRIÓ TRATAMIENTO	80	100
TOTAL	80	100

Fuente: Pacientes sometidos a endoscopia en el Hospital IESS Chone (mayo 2015- octubre 2015)

Elaboración: Andrade Hidrovo Johanna, Ayo Tapia Ana Karen Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

La Gráfica y tabla N°10 muestra que del total de 80 pacientes que fueron sometidos a la realización de endoscopia en el Hospital del IESS de Chone de mayo 2015 - octubre 2015, al no existir complicaciones infecciosas no se requirió tratamiento alguno representando el 100% de la población total de estudio, por lo que se deduce que al ser las complicaciones infecciosas post procedimiento endoscópico infrecuentes no se necesitó tratamiento alguno lo que coincide parcialmente con lo indicado en la literatura médica endoscópica. Las bacteriemias son infrecuentes presentándose en un 4,4%. (M.A. Simón, 2005).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Se pudo concluir a través de nuestra investigación realizada a pacientes que se han realizado endoscopias con fines tanto diagnósticos como terapéuticos en el Hospital IESS de Chone con un universo de 80 pacientes, que la edad de usuarios que llegan con mayor frecuencia para la realización de intervención endoscópica es de 44-50 años, representando el 29% de la población total, siendo esta edad como lo indica la literatura médica factor de riesgo para presentar complicaciones post procedimiento endoscópico ya que a mayor edad mayor posibilidad de presentar comorbilidades que dificulten concluir eficazmente con el procedimiento endoscópico a realizarse.

Se observó también que los usuarios a quienes se les realizó endoscopias ya sean estas con fines diagnóstico o terapéutico correspondían con mayor frecuencia al género femenino y de procedencia urbana con un porcentaje de 21% y 48% respectivamente.

Se indago sobre las complicaciones que con mayor frecuencia se han presentado en los usuarios atendidos en el Hospital IESS de Chone tras haberse realizado procedimientos endoscópicos siendo la más frecuente depresión respiratoria representando un 4% de las complicaciones derivadas de la sedoanalgesia, otras complicaciones como hemorragias, perforaciones o infecciosas no se han presentado en el periodo de nuestra investigación correspondiendo al 0% del total de la población de estudio.

En cuanto al manejo de la depresión respiratoria se pudo controlar satisfactoriamente con oxigenoterapia, Una adecuada monitorización durante el acto endoscópico revelará aquellos signos precoces de inminente disfunción cardiovascular como bradi-taquiarritmias, descenso de la presión arterial o desaturación de oxígeno. El endoscopista y sus asistentes deben estar entrenados para reconocer complicaciones potenciales y permanecer alerta durante el procedimiento y durante todo el periodo de recuperación.

En nuestra investigación solo se dieron 3 casos de complicaciones post endoscópicas que tuvieron que ver con la sedoanalgesia cuyo manejo fue conservador, siendo la edad promedio de presentación entre 44 a 50 años.

RECOMENDACIONES

La ansiólisis o sedación consciente son suficientes para la mayoría de las exploraciones endoscópicas.

La toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O₂, detecta problemas precozmente.

Se debe administrar oxígeno en los procedimientos de larga duración o en pacientes con enfermedades asociadas.

En sedación consciente el control puede ser realizado por el endoscopista o el ayudante.

En sedación profunda el control debe realizarlo un médico o ATS que no intervenga en el procedimiento.

Los pacientes con cirrosis y hemorragia digestiva alta deben recibir profilaxis antibiótica.

La profilaxis antibiótica está indicada en pacientes con alto riesgo de endocarditis a los que se les realiza procedimientos endoscópicos.

La toma previa de AINES o AAS no aumenta el riesgo de sangrado endoscópico.

En pacientes con tratamiento combinado con antiplaquetarios y AAS hay que suspenderlos 5 días antes del procedimiento endoscópico.

PRESUPUESTO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ITEMS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0.05	900	100.00
Horas de	0.85	50	90.10
Impresión.	0.70	200	140.00
Impresión B/N	0.40	600	260.00
Refrigerio	70.00	70	70.00
Imprevisto	100.00		100.00
CD	1.75	4	7.00
Papel bond	0.02	1000	20.00
Bolígrafo	0.25	10	2,50
Lápiz de papel	0.35	2	0.70
Dispositivo USB	14.00	2	28.00
Anillado	2	10	20.00
Tarjeta telefónicas	3.00	30	90.00
Transporte			200.00
Trípticos			60.00
TOTAL			1.188,3

CRONOGRAMA VALORADO

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																								HUMANOS	MATERIALES	COSTOS							
	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6													
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4										
Elaboración y presentación del proyecto	x	x	X	X																									Autores del proyecto	documentos/ internet	\$199.10			
Estructuración de instrumentos					x	X	X	X	X	x	X																		Autores del proyecto	instrumentos/documentos	\$270.00			
Investigación del marco teórico																	x	x	x	X	x								Autores/tribunal de tesis	textos, folletos, internet, copias	\$190.00			
Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de cuadros estadísticos																									x	x	X	x	x			Autores/población involucrada	Instrumento	\$ 270.00
Presentación del trabajo																									x	x	X	X	Autores y tribunal	trabajo, empastado, anillados	\$90.00			
Sustentación de la investigación																												x	Autores y tribunal	Tesis final	\$169.00			
TOTAL																															\$1.188,3			

CAPÍTULO V

PROPUESTA

TÍTULO

“CAPACITACIÓN A LOS USUARIOS QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS Y AL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE EMERGENCIA SOBRE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDEN EXISTIR DESPUÉS DE DICHO PROCEDIMIENTO Y EL MANEJO PARA EVITARLAS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE”

JUSTIFICACIÓN

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento seguro; las complicaciones son poco frecuentes, menos de 1/1.000 en los procedimientos diagnósticos, pudiendo llegar a alcanzar el 1% en casos de realización de técnicas terapéuticas. La mortalidad relacionada con estos procedimientos es muy baja, situándose aproximadamente entorno al 0.004% aumentando con la edad y comorbilidades del paciente. Aunque existen pocos estudios prospectivos de calidad, se considera que el porcentaje de complicaciones es muy bajo (0,13 %), con un índice de mortalidad del 0,004 %. Las principales complicaciones graves son cardiopulmonares y relacionadas con la sedoanalgesia, perforación, sangrado y de tipo infeccioso.

FUNDAMENTACIÓN

El presente proyecto se fundamenta en la importancia de concientizar a los usuarios sobre las complicaciones post procedimiento endoscópico debido a la falta de información que muchos desconocen. Así mismo se busca reforzar conocimientos en el personal de salud del Hospital IESS- Chone para la adecuada categorización y manejo de la emergencia por procedimientos endoscópicos de tal manera que reduzca el índice de alguna complicación.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Capacitar a los usuarios que se realizan procedimientos endoscópicos y al personal de salud del área de emergencia sobre las posibles complicaciones que pueden existir después de dicho procedimiento y el manejo para evitarlas en el hospital IESS de Chone”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Educar a los usuarios sobre las complicaciones post procedimiento endoscópico mediante charlas y material audiovisual.

Reforzar al personal de salud del área de emergencia acerca de las complicaciones post procedimiento endoscópico y el manejo adecuado para mejorar la calidad del proceso previniendo alguna complicación.

BENEFICIARIOS

El personal de salud del área de emergencia y los usuarios serán los beneficiados porque al tener un mejor manejo de procedimientos endoscópicos se disminuirán las complicaciones

La familia de las pacientes también será beneficiada al evitar los gastos elevados que representa las complicaciones post procedimiento endoscópico, todo lo cual influirá positivamente en el aspecto emocional. Ya que este trabajo tiene un valor práctico, el protocolo y las nuevas actualizaciones sobre las complicaciones post procedimiento endoscópico que serán socializados con el personal de salud, podrá ser utilizado en esta institución.

ACTIVIDADES

Elaboración de material didáctico
Realización de charla informativa
Entrega y colocación de gigantografía.

RECURSOS HUMANOS

HUMANOS:

Usuarios que se realizan procedimientos endoscópicos
Personal de Salud del área de Emergencia del Hospital IESS - Chone
Investigadores

MATERIALES:

Trípticos
Computadora
Gigantografías

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del área de neonatología del Hospital general Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

Actividades	Contenido	Lugar	Recursos	Responsables
Elaboración de gigantografía	¿Cuáles son las complicaciones post procedimiento endoscópico? ¿Qué se debe hacer para evitar dichas complicaciones?	Hospital IEES de Chone	Gigantografía	Investigadores
Charlas educativas en Hospital IEES	¿Cuáles son las complicaciones post procedimiento endoscópico? ¿Qué se debe hacer para evitar dichas complicaciones?	Hospital IEES de Chone	Trípticos	Investigadores

IMPACTO

Con esta propuesta se pretende difundir información sobre las complicaciones post procedimiento endoscópico y el manejo para evitarlas en el hospital IEES de Chone

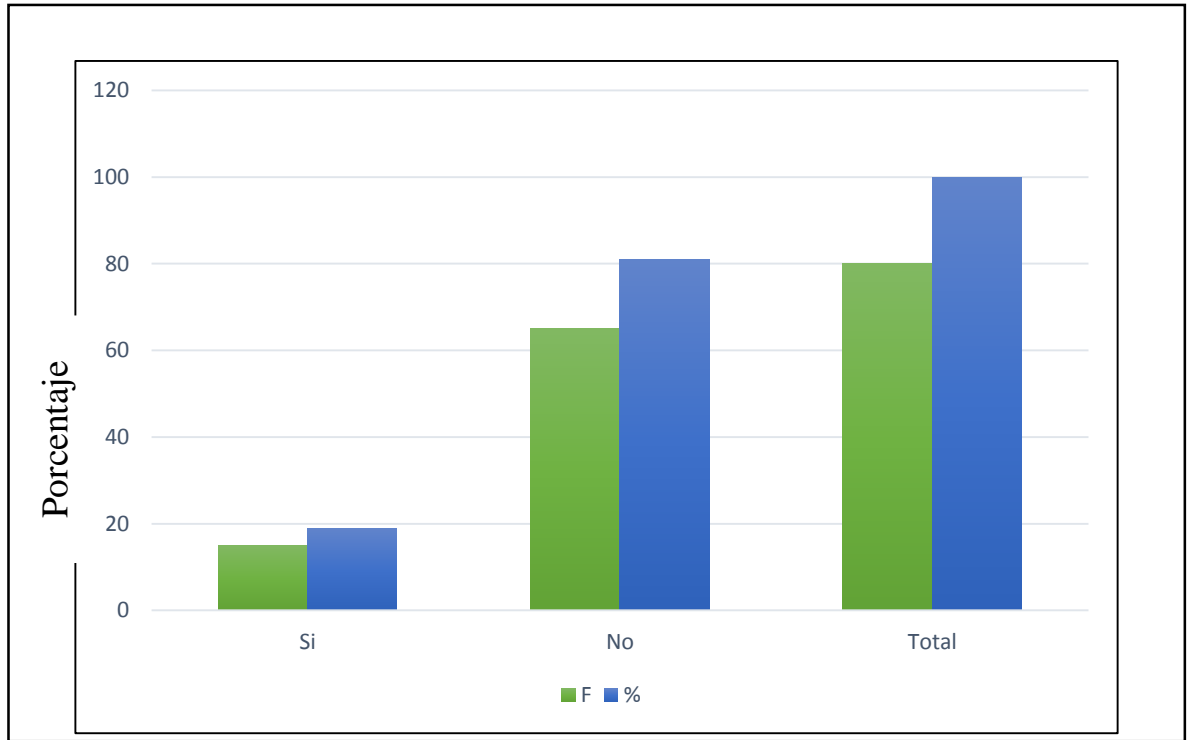
FODA



RESULTADOS DE LA PROPUESTA

GRÁFICA Y TABLA # 1

CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO



Conocimiento de las complicaciones post procedimiento endoscópico	F	%
Si	15	19
No	65	81
Total	80	100

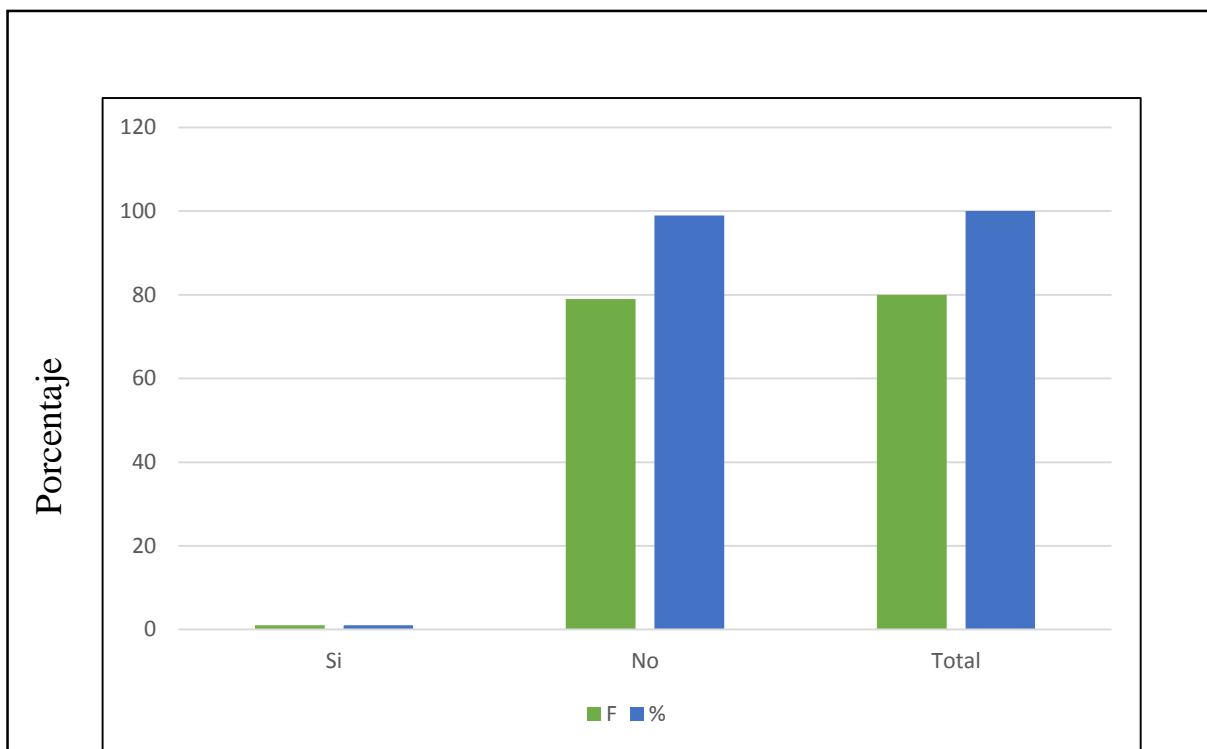
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 1: En relación al conocimiento de las complicaciones post procedimiento endoscópico obtenemos los siguientes datos: el 81% desconocen sobre las complicaciones post procedimientos endoscópicos y el 19 % si tiene conocimiento.

GRÁFICA Y TABLA # 2

USUARIOS QUE HAN PRESENTADO UNA COMPLICACIÓN POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO



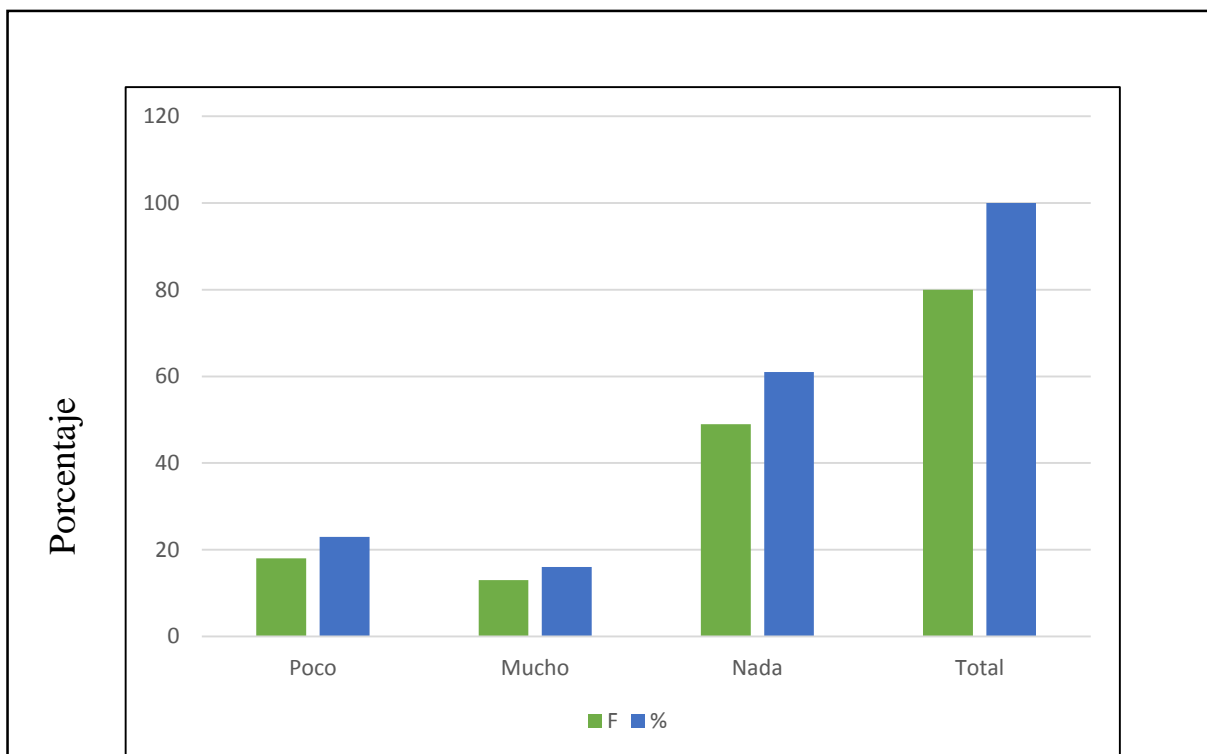
Usuarios que han presentado una complicación post procedimiento endoscópico	F	%
Si	1	1
No	79	99
Total	80	100

Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 2: En relación a los usuarios que han presentado una complicación post procedimiento endoscópico obtenemos los siguientes datos: el 99% no han presentado ninguna complicación post procedimiento endoscópico y el 1% de los usuarios si lo presento.

GRÁFICA Y TABLA # 3

¿CONOCE UD. CUÁLES SON LOS FACTORES QUE FAVORECEN PARA UNA COMPLICACIÓN POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO?



Factores que favorecen para una complicación	F	%
Poco	18	23
Mucho	13	16
Nada	49	61
Total	80	100

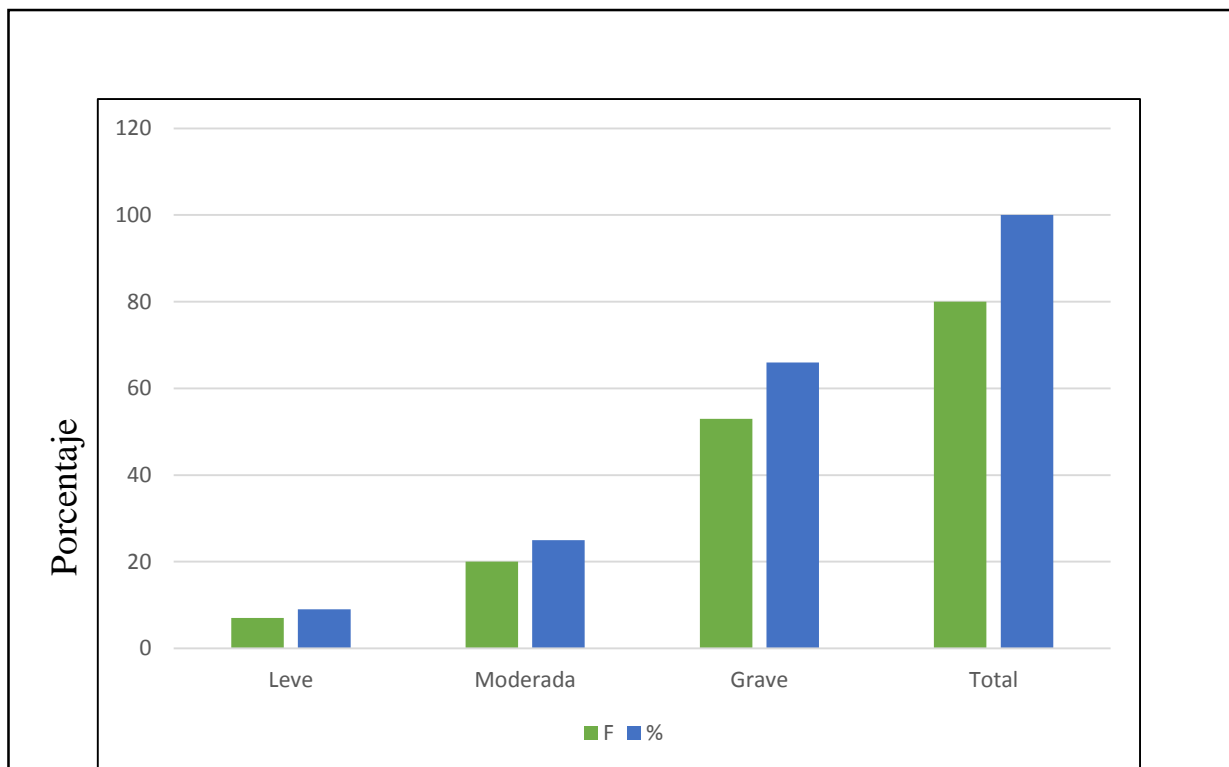
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 3: En relación al conocimiento de los factores que favorecen a una complicación post procedimiento endoscópico obtenemos los siguientes datos: el 23% tiene poco conocimiento, el 16% tiene mucho conocimiento y el 61% no tiene conocimiento.

GRÁFICA Y TABLA # 4

¿CÓMO CLASIFICA UNA COMPLICACIÓN POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO?



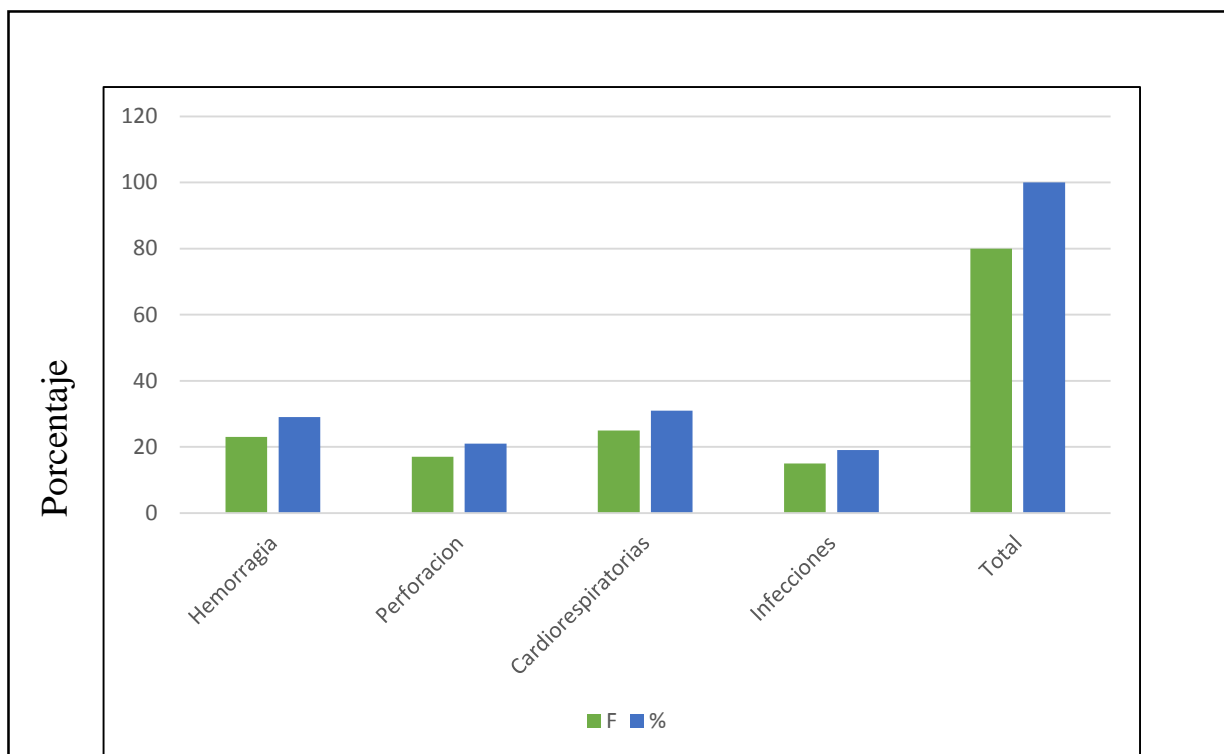
Clasificación de una complicación post procedimiento endoscópico	F	%
Leve	7	9
Moderada	20	25
Grave	53	66
Total	80	100

Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 4: En relación al Conocimiento de cómo clasifican los usuarios a una complicación post procedimiento endoscópico obtenemos los siguientes datos: el 9% la considera leve, el 25 % la considera moderada y el 66% la considera grave.

GRÁFICA Y TABLA # 5

¿CUÁL CONSIDERA UD. QUE ES LA COMPLICACIÓN MÁS GRAVE DE UN PROCEDIMIENTO POST ENDOSCÓPICO?



Complicación más grave de un procedimiento post endoscópico	F	%
Hemorragia	23	29
Perforación	17	21
Cardiorespiratorias	25	31
Infecciones	15	19
Total	80	100

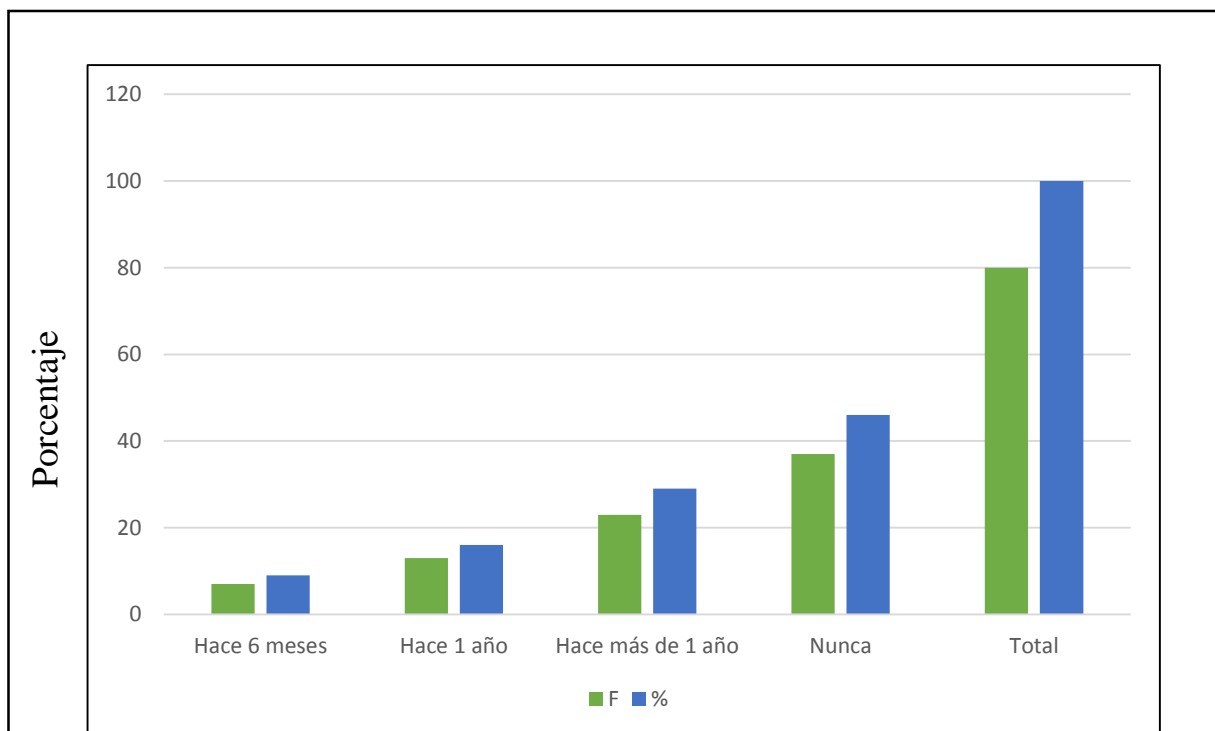
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 5: En relación a la complicación post procedimiento endoscópico más grave, obtenemos los siguientes datos: el 29 % considera la hemorragia la complicación más grave, el 21% considera la perforación, el 31% considera las cardiorespiratorias la complicación más grave y el 19% considera las infecciones.

GRÁFICA Y TABLA # 6

¿SE HA REALIZADO CONTROL ENDOSCÓPICO DIGESTIVO ALTO?



Controles endoscópicos	F	%
Hace 6 meses	7	9
Hace 1 año	13	16
Hace más de 1 año	23	29
Nunca	37	46
Total	80	100

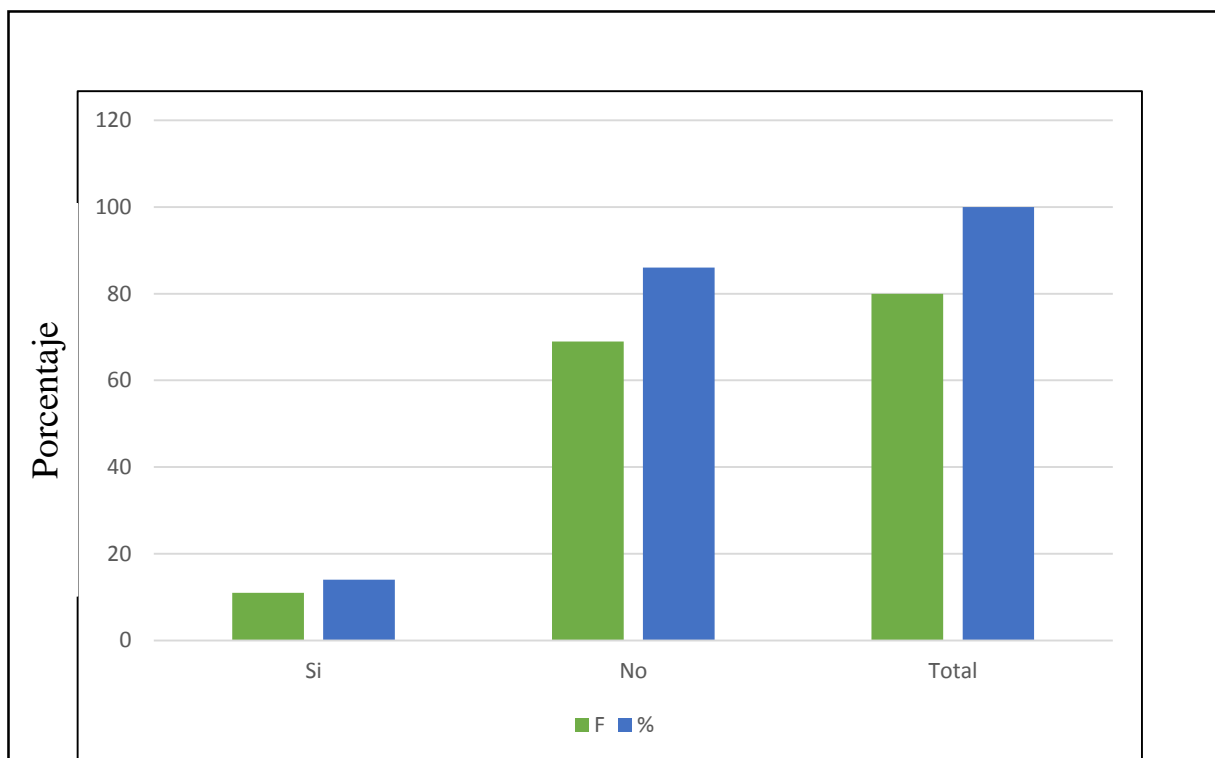
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 6: En relación a los controles endoscópicos, obtenemos los siguientes datos: el 46 % nunca se ha realizado un control endoscópico, el 29% hace más de un año, el 16% hace un año y el 9% hace 6 meses.

GRÁFICA Y TABLA # 7

¿SABE UD. COMO PREVENIR UNA COMPLICACIÓN POST PROCEDIMIENTO
ENDOSCÓPICO?



Prevenición de una complicación post procedimiento endoscópico	F	%
Si	11	14
No	69	86
Total	80	100

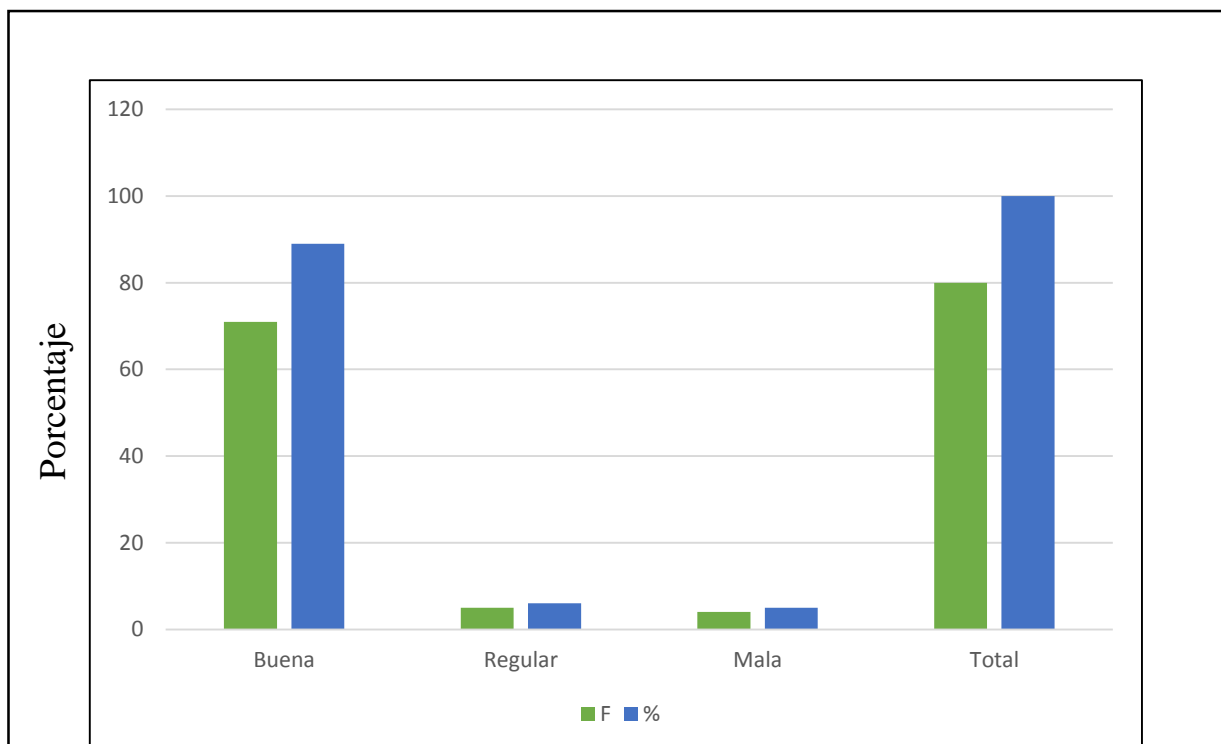
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 7: En relación si sabe cómo prevenir una complicación post procedimiento endoscópico, obtenemos los siguientes datos: el 14% si sabe cómo prevenir una complicación post procedimiento endoscópico y el 86% no sabe cómo prevenir una complicación.

GRÁFICA Y TABLA # 8

¿QUÉ TAL LE PARECIÓ LA CHARLA SOBRE LAS COMPLICACIONES POST
PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO?



Charla sobre complicaciones post procedimiento endoscópico	F	%
Buena	71	89
Regular	5	6
Mala	4	5
Total	80	100

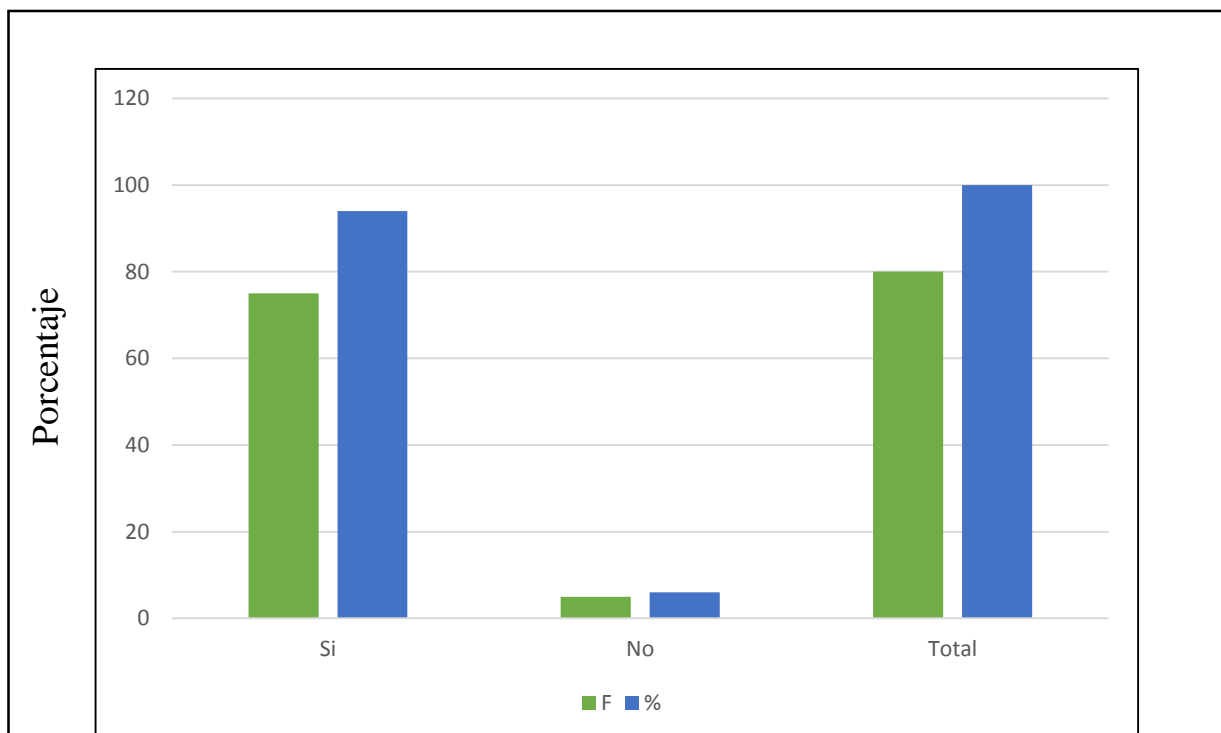
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 8: En relación de qué tal le pareció la charla sobre complicaciones post procedimiento endoscópico, obtenemos los siguientes datos: el 89% le pareció buena, el 6% regular y el 5% le pareció mala.

GRÁFICA Y TABLA # 9

¿LLENO SUS EXPECTATIVAS EL TEMA DADO?



Expectativas del tema dado	F	%
Si	75	94
No	5	6
Total	80	100

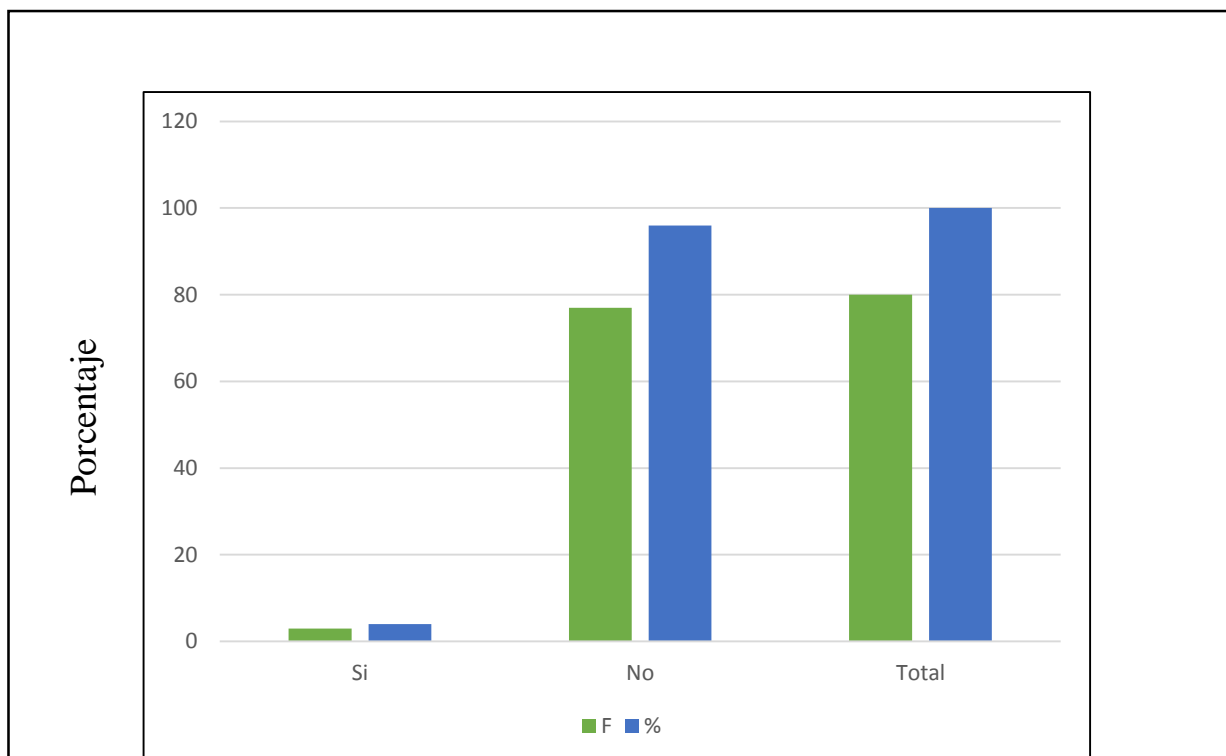
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 9: En relación a que lleno sus expectativas la charla sobre complicaciones post procedimiento endoscópico, obtenemos los siguientes datos: el 94% que si lleno sus expectativas el tema dado y el 6% no lleno sus expectativas el tema dado.

GRÁFICA Y TABLA # 10

¿IDENTIFICÓ ALGUNA DE LAS COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO
ENDOSCÓPICO EN ALGÚN FAMILIAR O CONOCIDO?



Complicaciones post procedimiento endoscópico en algún familiar o conocido	F	%
Si	3	4
No	77	96
Total	80	100

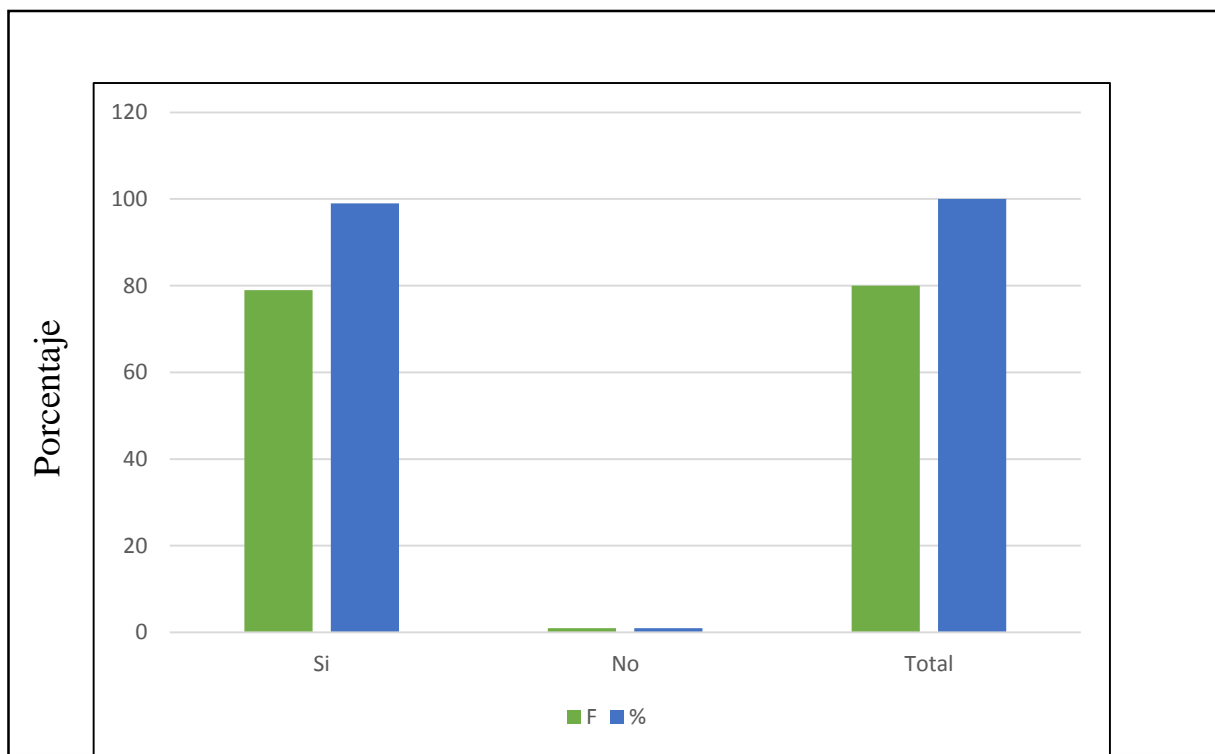
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 10: En relación que si identifico alguna complicación post procedimiento endoscópico en algún familiar o conocido, obtenemos los siguientes datos: el 4% si identificó alguna complicación post procedimiento endoscópico en algún familiar o conocido y el 96% no identificó alguna complicación.

GRÁFICA Y TABLA # 11

¿ESTUVO ENTENDIBLE EL TEMA DADO?



Entendible el tema dado	F	%
Si	79	99
No	1	1
Total	80	100

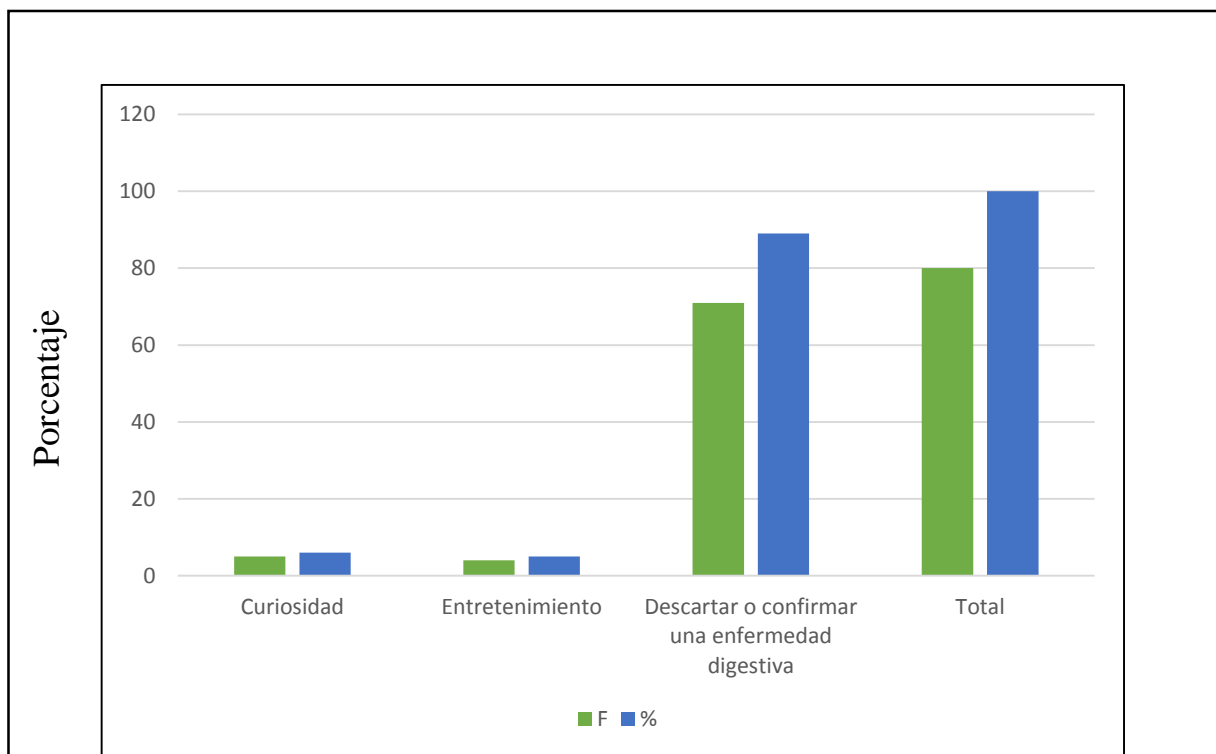
Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone

Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 11: En relación que sí estuvo entendible el tema sobre complicaciones post procedimiento endoscópico, obtenemos los siguientes datos: el 99% si entendió el tema sobre complicaciones post procedimiento endoscópico y el 1% no entendió el tema dado.

GRÁFICA Y TABLA # 12

¿POR QUÉ SE REALIZARÍA UN ESTUDIO ENDOSCÓPICO?



Realización de un estudio endoscópico	F	%
Curiosidad	5	6
Entretenimiento	4	5
Descartar o confirmar una enfermedad digestiva	71	89
Total	80	100

Fuente: Encuestas de los usuarios que se realizan procedimiento endoscópico atendidos en el Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Chone
 Elaborado por: E/M Andrade Hidrovo Johanna Cecibel- E/M Ayo Tapia Ana Karen

Análisis N° 12: En relación porqué se realizaría un estudio endoscópico, obtenemos los siguientes datos: el 6% se lo realizaría por curiosidad, el 5% se lo haría por entretenimiento y el 89% se lo realizaría por descartar o confirmar una enfermedad digestiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Baorreda, C. (1998). Polipectomía Endoscópica: Técnica y Complicaciones. *Revista de Gastroenterología del Perú*.
- Gonzalez Castillo S, V. V. (2009). *FUNDACION ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA*.
- M.A. Simóna, J. B. (2005). *Documento de consenso de la Asociación Española de Gastroenterología sobre sedoanalgesia en la endoscopia digestiva*. Obtenido de DOCUMENTO DE CONSENSO.
- Marco, J. M. (2005). *ENDOSCOPIA: PREPARACIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES*.
- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. *Prevention of infective endocarditis. Guidelines from the American Heart Association*. *Circulation*.2007;116:1736-54.
- Gonzalez-Huix F, Figa M, Huertas C. *Criterios de calidad que deben exigirse en la indicación y realización de colonoscopia*. *Gastroenterol Hepatol*.2010;33:3342.
- Dr. José Cerdán (2006). *Complicaciones de la endoscopia digestiva y su tratamiento*. Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopia digestiva.
- ASGE: *Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy*. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 317-322.
- Ginzburg L, Greenwald D, Cohen J. *Complications of endoscopy*. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2007Apr; 17(2):405-432.
- José Luis González-Thompson, Antonio De la Torre-Bravo, Juan Miguel Abdo Francis, Omar Edel Trujillo Benavides; *Primer Consenso Mexicano Sobre Calidad En Endoscopia Gastrointestinal*. Asociación Mexicana De Endoscopia Gastrointestinal
- José Ángel Córdova Villalobos, Antonio De la Torre Bravo; *Procedimientos Endoscópicos En Gastroenterología*, Segunda Edición
- Gil Fabio, Alvarado Jaime, Hani Albis, Rodríguez Alberto, Dennis Rodolfo; *Monitorización De Los Pacientes Durante La Endoscopia Gastrointestinal*

Linkografía

- ARRIBAS, R. 2008. *Endoscopia digestiva alta*. Rev. esp. enferm. dig. de;
<http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082008000700012>
- BRAVO A, Daniela, MOSQUEIRA P, Loreto, MILLER M, Christian et al. 2008.
Sedación En La Endoscopia Digestiva de;
http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-28642008000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-2864.
- Barreda F; Combe J; Valdez L; Sánchez J. (Lima 2007). Revista de Gastroenterología del Perú. Versión impresa ISSN 1022-5129. Sitio web:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022>
- Jensen Balcázar, Ivar Mauricio, Laserna King, José Luis, Padilla Barba, Patricia, & Rocabado, Mery. (2005). *Electrocoagulación Con Plasma De Argon En Gastroenterología*. Gaceta Médica Boliviana, 28(2), 17-24. Recuperado en 04 de febrero de 2016, de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-
- Marruffo, Mario, Folkmanas, William, Linares, Beatriz, Mendoza, Sonia, Rodríguez, José, Oropeza, Andreina, Valecillo, Omarelis, Dávila, Maylin, Sivira, María, & Escobar, Francia. (2012). *Uso de Endoloop no Comercial en el Tratamiento de Neoplasias Pediculadas de Colon*. Gen, 66(4), 274-278. Recuperado en 04 de febrero de 2016, de;
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-

ANEXOS

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

“COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS
MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO – OCTUBRE
DEL 2015.”

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD:

- 20-25 ___
- 26-31 ___
- 32-37 ___
- 38-43 ___
- 44-50 ___

GENERO:

Masculino ___ femenino ___ indeterminado ___

ZONA:

Urbana ___ Rural. ___

COMPLICACIONES:

Hemorragia ___ Perforación ___ Sedación endoscópica ___ Infecciones ___
Aguda ___ Inmediata ___ Taquicardia ___ Gram positivos ___
Tardía ___ Tardía ___ Bradicardia ___ Gram negativos ___
Anafilaxia ___
Flebitis ___
Borncoaspiración ___
Depresión respiratoria ___

QUE TRATAMIENTO RECIBIÓ FRENTE A LA COMPLICACIÓN:

Hemorragia ___	Perforación ___	Sedación endoscópica ___	Infecciones ___
Adrenalina ___	Clips metálicos ___	B: beta adrenérgicos ___	Aminoglucósidos ___
Escleroterapia ___	Cirugía laparoscópica ___	Anticolinérgicos ___	Betalactámicos ___
Electrocoagulación ___	Cirugía abierta ___	Vasoconstrictores ___	
Fluoroquinolonas ___			
Sonda de calor ___		Corticosteroides ___	
Coagulación		Antihistamínicos ___	
con gas argón ___		Aspiración ___	
Clips metálicos ___		Oxigenoterapia ___	
Bandas elásticas ___		Intubación orotraqueal ___	
Endolazos ___			
Cirugía laparoscópica ___			
Cirugía abierta ___			

ANEXO # 2

TRIPTICO

RECOMENDACIONES

La analgesia o sedación consciente son suficientes para la mayoría de las exploraciones endoscópicas.

La toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O₂, debe ser problema más frecuentemente.

Se debe administrar oxígeno en los procedimientos de larga duración o en pacientes con enfermedades asociadas.

En sedación consciente el control puede ser realizado por el endoscopista o el ayudante.

En sedación profunda el control debe realizarlo un médico o ATS que no intervenga en el procedimiento.



Una complicación es: Un evento no planeado; resultado atribuible al procedimiento; que requiere ser admitido al hospital, o permanezca más tiempo de los esperado, o debe someterse a otras intervenciones.



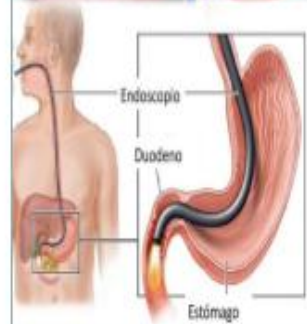
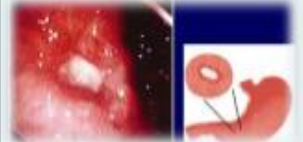
SU LOGOTIPO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



Tema:

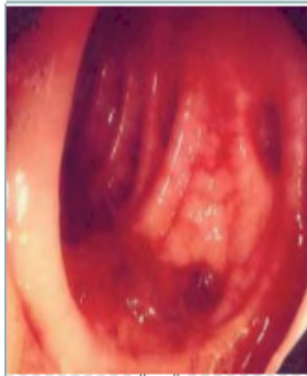
"Complicaciones post procedimiento endoscópico"



AUTORAS:

I\M JOHANNA ANDRADE

I\M ANA KAREN AYO TAPIA



COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO

La endoscopia digestiva se ha convertido en una prueba diagnóstica de primera línea y se ha consolidado como un tratamiento eficaz en numerosas enfermedades digestivas: hemorragia digestiva alta por lesiones pépticas, estenosis del tubo digestivo, extracción de cálculos en colédoco, tratamiento paliativo de tumores digestivos, etc. Sin embargo, no está exenta de complicaciones post procedimientos endoscópicos. Para minimizarlas es necesario realizar los procedimientos con una buena preparación del paciente y con indicaciones correctas.

¿CUÁLES SON?

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento seguro; las complicaciones post procedimientos endoscópicos son poco frecuentes, menos de 1/1.000 en los procedimientos diagnósticos, pudiendo llegar a alcanzar el 1% en casos de realización de técnicas terapéuticas. La mortalidad relacionada con estos procedimientos es muy baja, situándose aproximadamente entorno al 0.004% aumentando con la edad y comorbilidades del paciente.

Dentro de las complicaciones relevantes existentes en procedimiento post endoscopia digestiva alta destacamos: Derivadas de la sedación y anestésicos tópicos; Complicaciones cardiovasculares; Infecciones; Perforaciones; Aspiración; Hemorragia; Pancreatitis Aguda; Colangitis; Neumoperitoneo.

La hemorragia es la más frecuente de las complicaciones, oscilando su incidencia entre un 1 y 6%, aproximadamente, un 75% de los episodios tienen lugar en las 12-24 primeras horas después de la intervención.

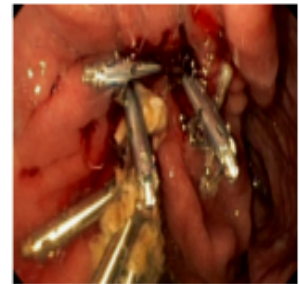
¿QUÉ DEBEMOS HACER?

En una hemorragia se utiliza la administración de adrenalina y escleroterapia, electrocoagulación, sonda de calor, coagulación con gas argón, colocación de clips metálicos, bandas elásticas, endolazos y en casos de severidad se realiza la cirugía abierta o laparoscópica.

Cuando existe perforación se realiza la colocación de clips metálicos y laparotomía y cirugía convencional.

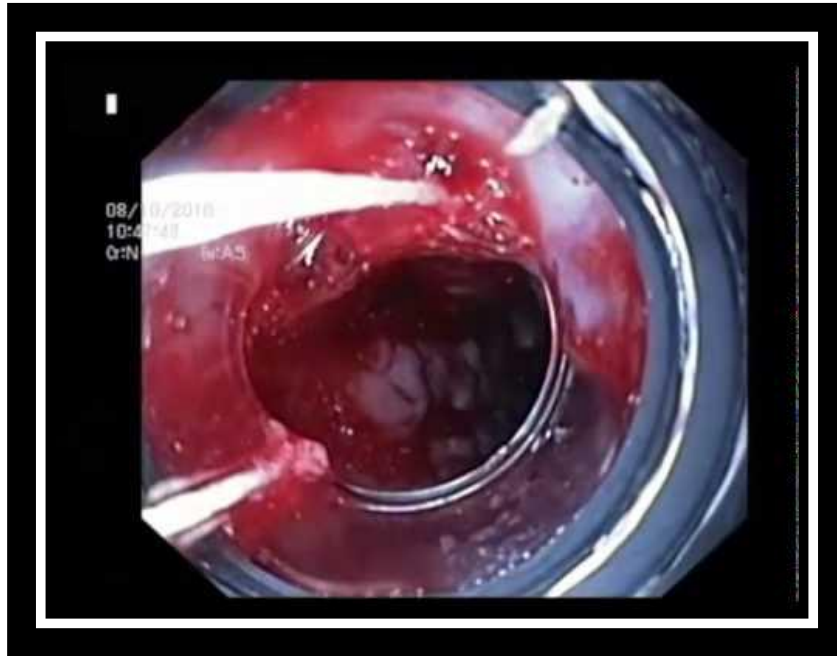
En una complicación de sedoanalgesia se administra propanolol, atropina, adrenalina, cefalosporinas, oxigenoterapia, aspiración, intubación orotraqueal.

Para complicaciones por infecciones se utiliza la administración de aminoglucósidos, betalactámicos y fluoroquinolonas.



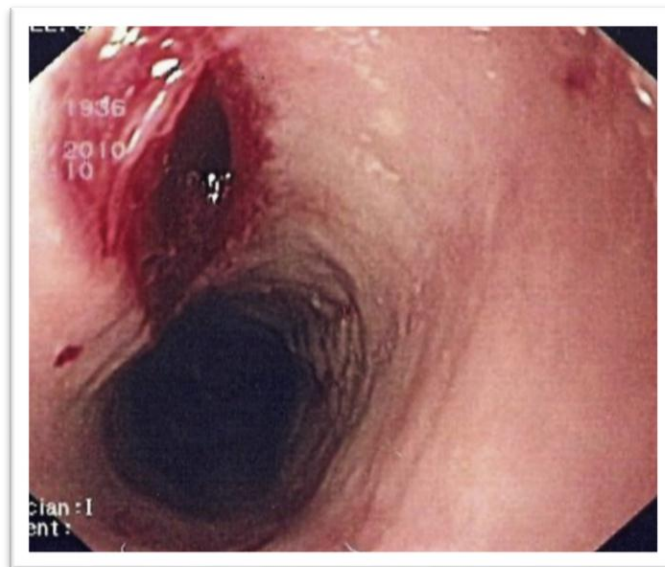
Las complicaciones pueden variar de relativamente menor a potencialmente mortal

ANEXO # 3



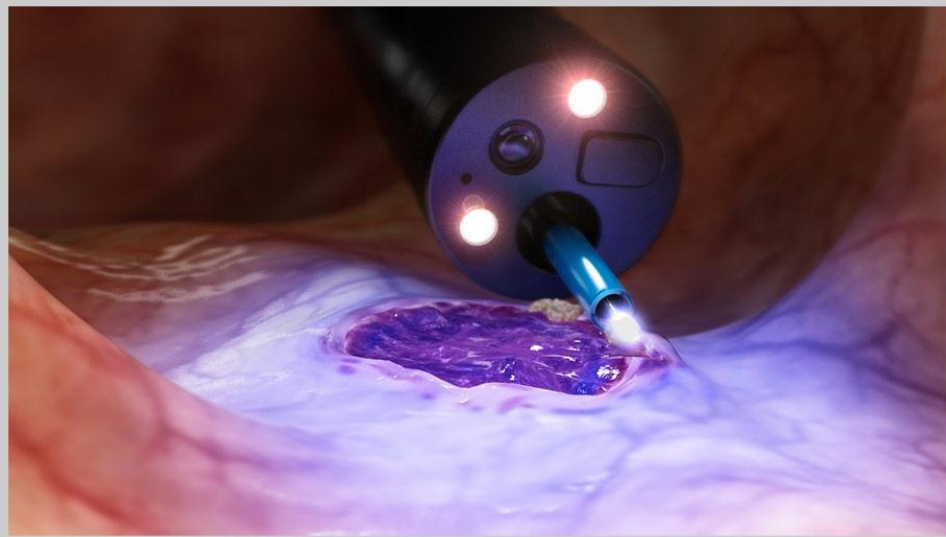
HEMORRAGIA DIGESTIVA: LIGADURA Y ESCLEROTERAPIA ENDOSCÓPICA

ANEXO #4



PERFORACIÓN ESOFÁGICA

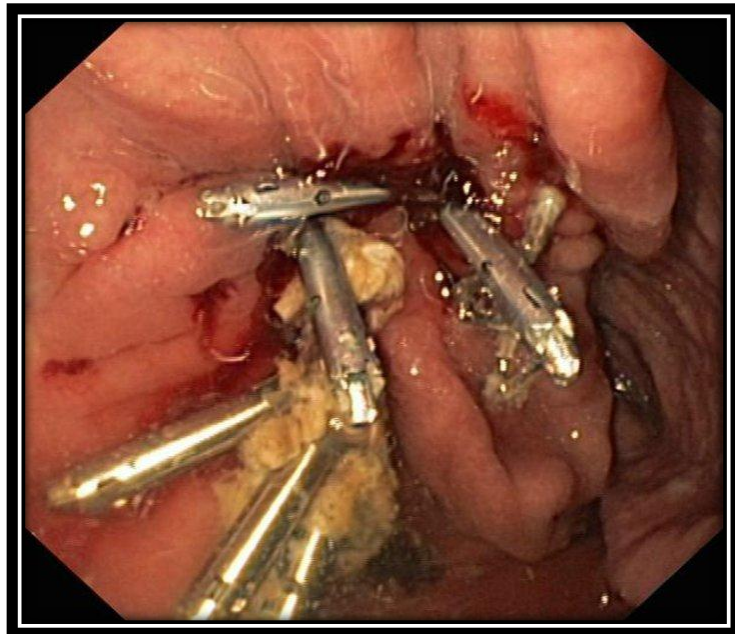
ANEXO # 5



Sección 1.2.1. Figura 9. Tratamiento mediante coagulación con argón de los bordes tras resección endoscópica para disminuir la posibilidad de recidiva.

COAGULACIÓN CON ARGÓN

ANEXO # 6



COLOCACIÓN DE CLIPS METÁLICOS ENDOSCÓPICOS

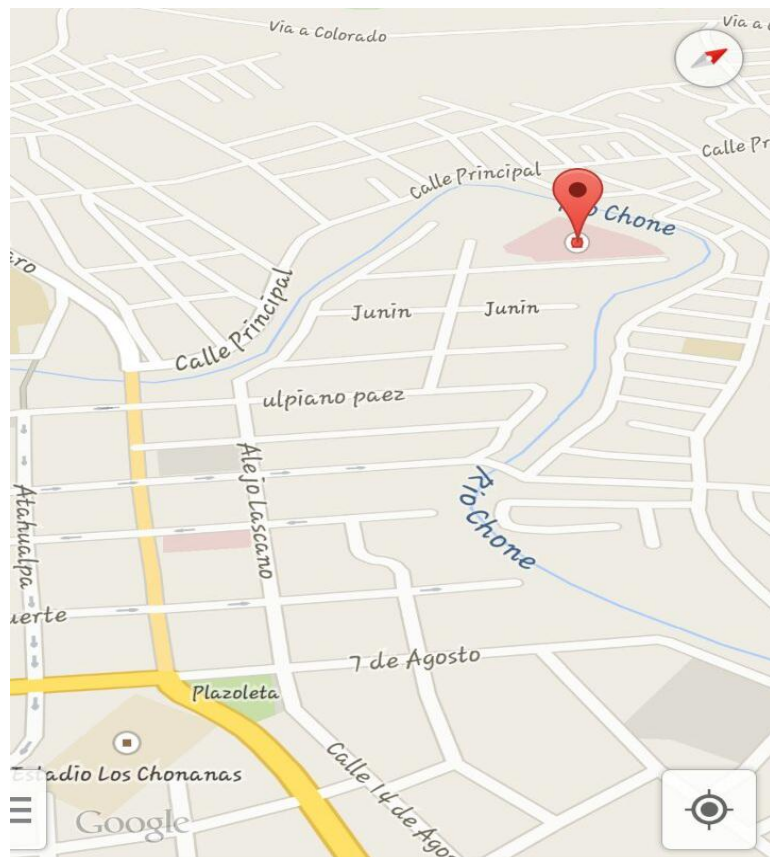
ANEXO # 7



OXIGENOTERAPIA

ANEXO # 8

UBICACIÓN DEL HOSPITAL IESS DE CHONE



ANEXO # 9

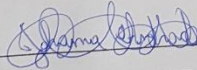
OFICIO DIRIGIDO AL JEFE DEL ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL IESS,
CHONE

Chone, 28 de Mayo del 2015


Dr. Freddy Hinostroza Dueñas
JEFE DE ÁREA DE ENDOSCOPIA DEL IESS, CHONE

De nuestras consideraciones:

Nos dirigimos a Ud. las egresadas de la Universidad Técnica de Manabí, JOHANNA CECIBEL ANDRADE HIDROVO, con CI: 1313292409, y ANA KAREN AYO TAPIA, con CI: 1722388210, para solicitarle muy encarecidamente se nos permita realizar nuestra investigación del trabajo de titulación "COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN USUARIOS MENORES DE 50 AÑOS DEL HOSPITAL DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE CHONE DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE DEL 2015" en el área de endoscopia del Hospital que Ud. labora, le agradecemos antemano por la atención prestada.



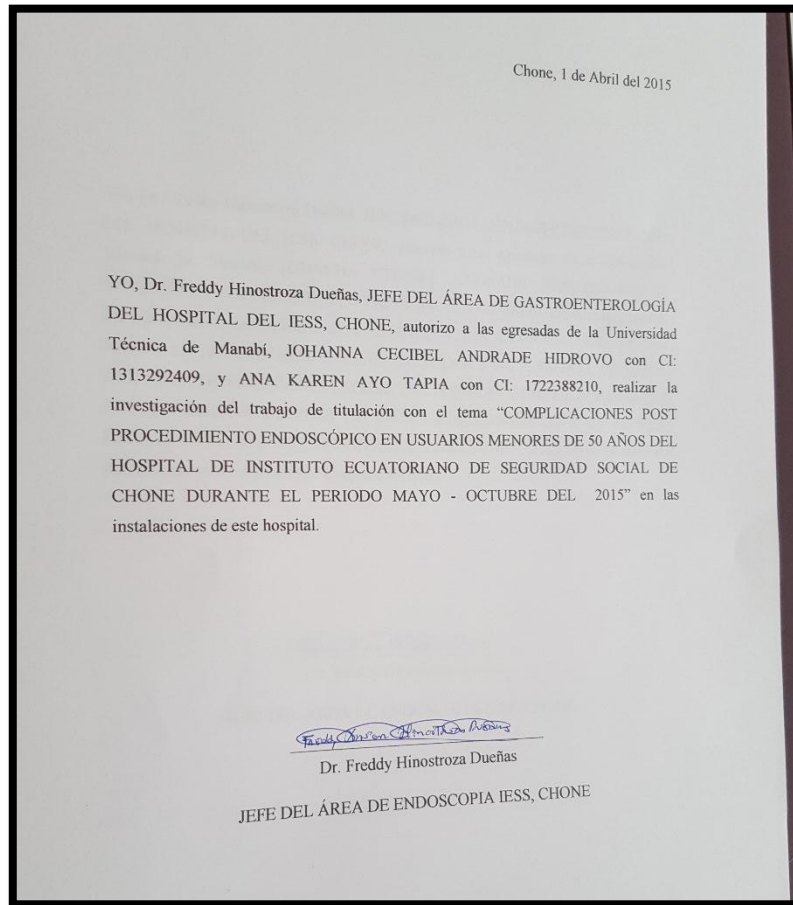
JOHANNA CECIBEL ANDRADE HIDROVO
CI: 1313292409



ANA KAREN AYO TAPIA
CI: 1722388210

ANEXO # 10

SOLICITUD DE ACEPTACIÓN PARA REALIZAR EL TRABAJO DE TITULACIÓN
EN EL HOSPITAL IESS CHONE



ANEXO # 11

SOLICITUD PARA REALIZAR LA PROPUESTA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
EN EL HOSPITAL IESS CHONE

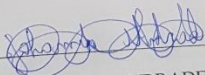
Chone, 28 de Mayo del 2015

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas


JEFE DE ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL IESS, CHONE

De nuestras consideraciones:

Nos dirigimos a Ud. las egresadas de la Universidad Técnica de Manabí, JOHANNA CECIBEL ANDRADE HIDROVO, con CI: 1313292409, y ANA KAREN AYO TAPIA, con CI: 1722388210, para solicitarle muy encarecidamente se nos permita realizar nuestra propuesta del trabajo de titulación con el tema "CAPACITACIÓN A LOS USUARIOS QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS Y AL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE EMERGENCIA SOBRE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDEN EXISTIR DESPUÉS DE DICHO PROCEDIMIENTO Y EL MANEJO PARA EVITARLAS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE", el día 26 de Octubre del presente año a las 08:00.


JOHANNA CECIBEL ANDRADE HIDROVO

CI: 1313292409


ANA KAREN AYO TAPIA

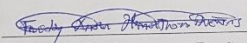
CI: 1722388210

ANEXO # 12

SOLICITUD ACEPTADA PARA REALIZAR LA PROPUESTA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE

Chone, 1 de Abril del 2015


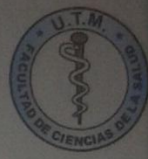
YO, Dr. Freddy Hinostrza Dueñas, JEFE DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DEL IESS, CHONE, autorizo a las egresadas de la Universidad Técnica de Manabí, JOHANNA CECIBEL ANDRADE HIDROVO con CI: 1313292409, y ANA KAREN AYO TAPIA con CI: 1722388210, exponer la propuesta del trabajo de titulación con el tema "CAPACITACIÓN A LOS USUARIOS QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS Y AL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE EMERGENCIA SOBRE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDEN EXISTIR DESPUÉS DE DICHO PROCEDIMIENTO Y EL MANEJO PARA EVITARLAS EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE", el día 26 de Octubre del presente año a la hora solicitada, adjunto mi firma:


Dr. Freddy Hinostrza Dueñas

JEFE DEL ÁREA DE ENDOSCOPIA IESS, CHONE

ANEXO # 13

ENCUESTA REALIZADA A LOS USUARIOS QUE SE REALIZAN
PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO
PRE TEST

 **Universidad Técnica de Manabí**
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina 

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS
ENDOSCÓPICOS EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS
CHONE

1.- ¿Conoce Ud. sobre las complicaciones post procedimiento endoscópico?
SI ___ NO

2.- ¿Alguna vez Ud. ha presentado una complicación post procedimiento endoscópico?
SI NO ___

3.- ¿Conoce Ud. cuáles son los factores que favorecen para una complicación post procedimiento
endoscópico?
POCO MUCHO ___ NADA ___

4.- ¿Cómo clasifica una complicación post procedimiento endoscópico?
LEVE ___ MODERADO GRAVE ___



5.- ¿Cuál considera Ud. que es la complicación más grave de un procedimiento post endoscópico?
HEMORRAGIA ___ PERFORACIÓN ___ CARDIORESPIRATORIAS
INFECCIONES ___

6.- ¿Se ha realizado control endoscópico digestivo alto?
HACE 3 MESES ___ HACE 6 MESES ___ HACE 1 AÑO
MÁS DE 1 AÑO ___ NUNCA ___

7.- ¿Sabe Ud. como prevenir una complicación post procedimiento endoscópico?
SI ___ NO

ANEXO # 14

ENCUESTA REALIZADA A LOS USUARIOS QUE SE REALIZAN
PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO
POST TEST

 **Universidad Técnica de Manabí**
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina 

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS
ENDOSCÓPICOS EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS
CHONE

1.- ¿Qué tal le pareció la charla sobre las complicaciones post procedimiento endoscópico?
BUENA REGULAR ___ MALA ___

2.- ¿Lleno sus expectativas el tema dado?
SI NO ___

3.- ¿Identifico alguna de las complicaciones post endoscópicas en algún familiar o conocido?
SI NO ___

4.- ¿Estuvo entendible el tema dado?
SI NO ___

5.- ¿Por qué se realizaría un estudio endoscópico?
CURIOSIDAD ___ ENTRETENIMIENTO ___ DESCARTAR O CONFIRMAR UNA
ENFERMEDAD DIGESTIVA

ANEXO # 15

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS USUARIOS QUE SE LES REALIZÓ LA ENCUESTA

Consentimiento Informado para los participantes de la investigación

La presente investigación es conducida por el Dr. Freddy Hinostroza Dueñas docente de la Universidad Técnica de Manabí. La meta de este estudio es demostrar que existe un porcentaje muy bajo y es muy poco frecuente que se presenten complicaciones post procedimiento endoscópico.

Al ser participante de esta charla, se le pedirá de favor responder las siguientes preguntas en la encuesta.

Su participación le tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a esta encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a los investigadores o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Freddy Hinostroza Dueñas. He sido informado (a) de la meta de este estudio.

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr. Freddy Hinostroza Dueñas al teléfono 0984723421.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Dr. Freddy Hinostroza Dueñas al teléfono anteriormente mencionado.

Roxi Hinostroza Dueñas Roxi Hinostroza Dueñas 26-10-2015
NOMBRE DEL PARTICIPANTE FIRMA DEL PARTICIPANTE FECHA

ANEXO # 16

ACTA DE ENTREGA DE LAS GIGANTOGRAFIAS AL ÁREA DE ENDOSCOPIA

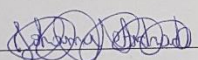
Chone, 30 de Octubre del 2015

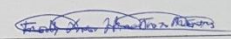
ACTA DE ENTREGA


Nosotras Andrade Hidrovo Johanna Cecibel y Ayo Tapia Ana Karen, egresadas de la carrera de Medicina, procedemos hacer la entrega de la gigantografía con el tema "COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO Y SU MANEJO" en el Hospital IESS Chone; las cuales quedarán instaladas en el área de gastroenterología del Hospital antes mencionado.

Entrega:

Recibe:


Johanna Cecibel Andrade Hidrovo


Dr. Freddy Hinostrza Dueñas
Jefe del área de
Endoscopia del Hospital
IESS Chone


Ana Karen Ayo Tapia

ANEXO # 17
VIVENCIAS DEL PROYECTO



19/10/2015 - 09:00 - FOTO °1: TORRE DE VIDEO ENDOSCOPIA FUJINON DEL
ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS CHONE



19/10/2015 – 09:00 - FOTO °2: TORRE DE VIDEO ENDOSCOPIA PENTAX EPKI CON PLATAFORMA ABIERTA Y CROMOENDOSCOPIA DIGITAL DEL AREA DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL IESS CHONE



19/10/2015 – 09:00 - FOTO °3: PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO EN EL AREA DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL IESS CHONE



19/10/2015 – 09:00 - FOTO °4: TANQUE DE OXÍGENO JUNTO A LA MÁQUINA DE SUCCIÓN DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS CHONE



26/10/2015 – 08:00 - FOTO °6 USUARIOS LLENANDO LAS ENCUESTAS SOBRE COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS CHONE



26/10/2015 – 08:00 – FOTO °7: CHARLA SOBRE LAS COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO Y EL MANEJO PARA EVITARLAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS CHONE



26/10/2015 – 08:00 – FOTO °8: BRINDANDO LA CHARLA A LOS USUARIOS SOBRE LAS COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS CHONE



26/10/2015 – 10:00 – FOTO °9: SOCIALIZACIÓN CON LOS USUARIOS SOBRE LA CHARLA DADA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS CHONE



26/10/2015 – 10:00 – FOTO °10: RESPONDIENDO DUDAS SOBRE LA CHARLA DADA A LOS USUARIOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS CHONE



26/10/2015 – 10:00 – FOTO °11: ENTREGA DE LOS TRIPTICOS A LOS USUARIOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS CHONE



26/10/2015 – 10:30 - FOTO 05 DONACIÓN DE LA GIGANTOGRAFIA SOBRE LAS COMPLICACIONES POST PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS CHONE