

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO SEGURO EN ENDOSCOPIA BAJO EL  
ENFOQUE  
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA

ELABORADO POR  
SILVIA CATALINA TUFÍÑO SEADE

QUITO, MAYO 2014

## TABLA DE CONTENIDOS

### CAPITULO I

INTRODUCCIÒN	5
ANTECEDENTES	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	9
OBJETIVOS	10

### CAPITULO II

2. Enfermedades Gastrointestinales	11
2.1 Gastritis	11
2.1.1 Gastritis Aguda	12
2.1.2 Gastritis Crónica	14
2.1.2.1 Pruebas Diagnósticas Habituales en la Gastritis	15
2.2 Úlcera Péptica	16
2.2.1 Pruebas Diagnósticas Habituales en la Úlcera Péptica	17
2.3 Medidas de Diagnóstico en Enfermedades Gastrointestinales	19
2.3.1 Endoscopia	19
2.3.1.1 Objetivo del procedimiento	20
2.3.1.2 Técnica	20
2.3.1.3 Biopsia y citología	20
2.3.1.4 Complicaciones	21
2.3.1.5 Características de un Endoscopio	22
2.3.1.5.1 Preparación de un endoscopio para cada procedimiento	22
2.3.1.5.2 Limpieza Mecánica	22
2.3.1.5.3 Prueba de pérdidas	23
2.3.1.5.4 Uso de desinfectantes químicos	23

2.3.1.5.5 Enjuague y secado	24
2.3.1.6 Cuidado de Enfermería en Pacientes con Gastritis y Úlceras	
Gastroduodenales	24
2.3.1.6.1 Valoración	24
2.3.1.6.2 Intervenciones de enfermería	25
2.4 Seguridad del paciente	26
2.4.1 Evento Adverso (Conceptos)	27
2.4.2 Higiene de Manos: Una Atención Limpis es una Atención Segura en	
Seguridad del Paciente	28
2.4.2.1 Indicaciones para el lavado y la antisepsia de las manos	31
2.4.2.2 Técnica de higiene de manos	31
2.4.2.3 Recomendaciones para la antisepsia preoperatorio de las manos	31
2.4.2.4 Selección y manipulación de los productos para la higiene de las	
manos	32
2.4.2.5 Cuidado de la piel	33
2.4.2.6 Uso de guantes	33
2.4.2.7 Otros aspectos de la higiene de manos	33
2.5 Seguridad del paciente aplicada en Sedación en Endoscopia	34
2.5.1 Seguridad del paciente mediante la aplicación correcta de sedación en la	
endoscopia utilizando los antagonistas específicos de las benzodiazepinas y opiáceos.	36
2.5.2 Monitoreo Posprocedimiento	37
2.6 Seguridad del Cuidado y la Correcta Identificación del Paciente	37
2.7 Seguridad del Paciente aplicada a la Cirugía Segura	38
2.7.1 Guía de Implantación del Protocolo Universal recomendado por la Joint	
Commission Internacional para la seguridad del paciente	39
2.7.1.1 Verificación preoperatorio	39
2.7.1.2 Marcar el sitio de la cirugía	39
2.7.1.3 Tiempo inmediato antes de comenzar el procedimiento	
(cuenta atrás)	39
2.7.1.4 Procedimientos realizados fuera del quirófano	40

2.8 La Seguridad del Procedimiento Endoscópico	40
Operacionalización de variables	42
CAPÍTULO III	
3. Metodología de Estudio	
3.1 Tipo de Estudio	43
3.2 Universo	46
3.4 Técnica	46
3.5 Instrumento	46
CAPÍTULO IV	
4. Principales Hallazgos del Estudio	47
4.1 Gráficos y su interpretación	47
CAPÍTULO V	
5. Conclusiones y Lista de verificación	60
CAPÍTULO VI	
6. Recomendaciones	63
CAPÍTULO VII	
7. Bibliografía	65
ANEXOS	
Anexo N.1	
Anexo N.2	
Anexo N.3	
Anexo N.4	
Anexo N.5	

## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

La presente disertación consiste en un estudio descriptivo sobre el procedimiento seguro en endoscopia bajo el enfoque de seguridad de paciente, enfoque orientado a la protección del paciente de lesiones, daños e incluso la muerte al mismo.

Los puntos principales tratados en este estudio son una visión general de las enfermedades gastrointestinales, medidas de diagnóstico, conceptos sobre seguridad del paciente en el que está incluido una parte importante que es la higiene de manos, sedación utilizada en la endoscopia y con todo esto desarrollar una lista de verificación en enfermería para el cuidado de pacientes sometidos a estos procedimientos, bajo el marco de la seguridad.

También contiene un análisis estadístico de la guía de observación que se aplicó a médicos y enfermeras en dos centros privados en la ciudad de Quito, de acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo.

Finalmente, se concreta las conclusiones y recomendaciones basados en el contenido del trabajo.

## ANTECEDENTES

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo.

Se calcula que en los países desarrollados hasta 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño en los servicios de Salud. En los países en desarrollo, la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en las clínicas es mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados.<sup>1</sup>

Cuando se habla de seguridad de paciente, lo primero que debe quedar claro es su definición y los conceptos, para saber a qué se refiere ya que según la taxonomía del Estudio Nacional de Eventos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), en el año 2005 ya se indican conceptos importantes de seguridad del paciente, evento adverso, accidente, incidente, error médico, etc.

Es importante conocer la taxonomía indicada anteriormente para la notificación y el análisis cuando el problema se presente en algún paciente.

El problema de seguridad del paciente ha sido una preocupación que ha venido aumentando entre el público en los últimos años, por lo que un número cada vez mayor de profesionales de la medicina, de expertos en salud pública y de defensores de los pacientes no han dejado de tomarlo en cuenta. En Octubre de 2004, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS puso en marcha una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Su meta es consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo.<sup>2</sup>

La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, práctica de la profesión de forma competente (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación.

“Las intervenciones seguras que de ellas se derivan, tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los pacientes, así como determinar la garantía de la calidad

---

<sup>1</sup> Suárez, D. “La Enfermería en el acto del cuidado: una estrategia prioritaria para los servicios de endoscopia digestiva”. En línea 26-10-2010 <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2558/3/La-Enfermeria-en-el-acto...>>

<sup>2</sup> Donaldson, L. (2005) ,La seguridad del paciente: “No hacer daño”, Revista de la Organización Panamericana de Salud, vol.10,N.1

del cuidado”.<sup>3</sup>

La calidad es uno de los pilares fundamentales de la salud y es por eso que a nivel internacional, existe una corriente de crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente y evidenciar la calidad de atención que se brinda.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estableció que en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se buscará reducir las enfermedades, lesiones y muertes de pacientes al recibir atención médica, especialmente durante los procedimientos endoscópicos.

La incidencia y prevalencia de la patología digestiva en nuestro medio hace que las técnicas endoscópicas sean cada vez más necesarias para su diagnóstico y tratamiento. El desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas precisa de profesionales formados y atentos para su incorporación en su práctica de Enfermería.<sup>4</sup>

Cueva (2009), indica que la patología digestiva especialmente el cáncer gástrico es el segundo cáncer en frecuencia a nivel mundial con grandes diferencias geográficas en la distribución.

En el Ecuador en el año 2006 se produjeron 57.940 defunciones, de ellas (1596) ó sea el 2.8% corresponde a cáncer de estómago. Este tumor ocupa el primer lugar en mortalidad entre todos los cánceres tanto en hombres como en mujeres. Su tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos 20 años 11.4 por 100.000 en 1980 y 11.9 en el 2005, mientras en los países desarrollados la tendencia es decreciente.<sup>5</sup>

En el análisis por provincias se encuentran grandes diferencias en la mortalidad. La provincia de Pichincha tiene tendencia decreciente, mientras que el resto de provincias es horizontal o se incrementa.

La tasa estandarizada de incidencia de cáncer gástrico ha disminuido en los residentes de Quito, de 31.2 a 23.8 y de 20.6 a 14.9 en lo quinquenios primero y último en hombres y mujeres respectivamente.

---

<sup>3</sup> León. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto, Ciudad de la Habana, Cuba, Rev Cubana Enfermería, 22(3)

<sup>4</sup> Suárez, D. “La Enfermería en el acto del cuidado: una estrategia prioritaria para los servicios de endoscopia digestiva”. En línea 26-10-2010 <[http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2558/3/La-Enfermeria-en-el-acto...>](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2558/3/La-Enfermeria-en-el-acto...)

<sup>5</sup> Cueva, P. Yépez, J.(2009). Epidemiología del cáncer en Quito, Registro nacional de tumores . Quito Solca

Entre las mujeres residentes en Quito, su ubicación no ha variado, continúa en el cuarto lugar, entre todos los cánceres, pero persiste una feminización del cáncer gástrico en tanto la relación 1.2:1 hombres: mujeres es una diferencia muy pequeña comparado con otras regiones del mundo donde la magnitud del cáncer es el doble en hombres que en mujeres.

Este cáncer “afecta fundamentalmente a personas de mayor edad y se explica en la curva ascendente de incidencia por edad alcanza valores entre 200 y 300 por 100.000 en el grupo de 75 y más años, pero antes de los 40, las tasas son mínimas. El promedio de edad al momento del diagnóstico es de 66 años”<sup>6</sup>.

El análisis de la tasa de mortalidad es verdaderamente alentador, “ya que muestra una disminución del 25% en hombres y de un 35% en mujeres”<sup>7</sup>. Esto está relacionado con la disminución de la incidencia o prevención primaria más no con el diagnóstico temprano.

En el interior del país llama la atención las elevadas tasas en la provincia de Loja que, en ambos sexos duplican a las de Quito.

“La incidencia del cáncer de estómago en Quito, con otros países del mundo, muestra que continúa elevadas. Japón y Korea tienen las tasa más altas del planeta, y le siguen Costa Rica y la mayoría de países sudamericanos”<sup>8</sup>.

El nivel de instrucción y la condición socio económica del paciente refuerza la conocida relación del cáncer de estómago y la pobreza. La tasa de incidencia en analfabetos es seis veces mayor que la de los que tienen instrucción superior.

La distribución morfológica del cáncer del estómago, muestra un predominio de adenocarcinoma intestinal.

La calidad de la información en cáncer de estómago ha mejorado. El porcentaje de casos que ingresaron solamente por certificados de defunción continúa siendo elevado (18%), aunque hubo una disminución significativa.

La seguridad durante los procedimientos endoscópicos no ha recibido la atención de Enfermería en la literatura publicada. Considerando la endoscopia

---

<sup>6</sup> Ibid., pag. 30

<sup>7</sup> Ibid., pag. 84

<sup>8</sup> Ibid., pag. 85

como un procedimiento que debe ser muy seguro, existen peligros potenciales relacionados a este procedimiento.

La endoscopia ha experimentado avances espectaculares y sus aplicaciones diagnósticas y terapéuticas crecen sin cesar, sin embargo los avances técnicos no han podido evitar que siga siendo un procedimiento poco comfortable que provoca con frecuencia recelo en los pacientes en los que se indica un rechazo absoluto.

Por lo que se plantea la siguiente *pregunta de investigación*:

¿Cómo identificar que las técnicas utilizadas por los profesionales de la salud en la endoscopia van a considerarse seguras y por ende que la endoscopia se convierta en un procedimiento seguro en el que se minimicen las fallas que llevan a la aparición de eventos adversos?

## JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es muy importante para obtener información sobre la seguridad del paciente puesto que se ha convertido en un tema y estrategia de gran importancia con lo que si se aplica adecuadamente se reducirá al máximo las posibles complicaciones que se presentan durante la atención de salud, especialmente en procedimientos, cirugías, administración de medicación y evitando complicaciones se conseguirá que el paciente recupere su salud en el menor tiempo y asegurar la calidad de atención por parte del personal de salud.

Por lo mencionado anteriormente, la realización de este trabajo pretende ser de mucha utilidad para el personal de enfermería ya que las enfermeras juegan un papel importante y tienen una enorme responsabilidad en la seguridad del paciente. Con sus cuidados, haciendo educación sanitaria y potenciando la participación de los pacientes en su salud, podrían evitar errores y efectos adversos.

Kerguelén (2010) indica que dentro de los elementos que se discuten en el tema de seguridad del paciente se encuentran dos particularmente: primero, la organización identifica que algo negativo pasó con el estado de salud del paciente o qué pudo haber pasado, pero no llegó a mayores. Segundo, identificar y entender cuál o cuáles fueron las causas que originaron las

anteriores situaciones y como es importante conocer cuándo se presenta un evento adverso (es decir, ¿qué pasó?), lo que es entender también, dentro de un contexto la calidad organizacional, por qué se produjo (¿por qué pasó?).

Estas interrogantes colocan en la agenda profesional el tema de seguridad del paciente como un imperativo a nivel de la formación y de las buenas prácticas profesionales.

## **OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una lista de verificación para obtener un procedimiento seguro aplicado a la Endoscopia bajo el enfoque de seguridad del paciente, que oriente del personal de enfermería responsable de la realización de los procedimientos.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Establecer si el personal de salud, aplica correctamente la técnica de higiene de manos y en qué momentos recomendados, el personal observa la aplicación de esta técnica.
2. Verificar si el personal de enfermería realiza el correcto lavado de los endoscopios con el fin de prevenir las infecciones asociados al procedimiento.
3. Identificar medidas de prevención de los riesgos que se producen durante la sedación (medicación), en un procedimiento endoscópico.
4. Identificar el tipo y la frecuencia de los eventos adversos que se presentan asociados a la endoscopia en el momento de identificación del paciente, rotulación de muestras, sedación específica para relajar al paciente, redacción de informes y registro del paciente.
5. Elaborar una lista de verificación para ser aplicada en los servicios de endoscopia en pacientes sometidos a endoscopias, según la estrategia de la seguridad del paciente.

## CAPÍTULO II

### Enfermedades Gastrointestinales

Las enfermedades gastrointestinales ocupan una de las primeras causas de consulta médica y son también una de las primeras causas de muerte en el mundo.

Según el autor Vásquez (2006), se estima que dos de cada cinco adultos padecen algún problema gástrico. Las enfermedades digestivas están caracterizadas por su alta prevalencia social y por sus graves consecuencias, tanto en los costos sanitarios como en la pérdida de calidad de vida de los pacientes.

Hay dos grandes grupos de enfermedades gástricas. Unas son enfermedades con una base orgánica que pueden ser de extrema gravedad, como los tumores malignos. Las otras son de carácter funcional, son aquellas en las que muchas veces no está claro su origen y lo que se afecta directamente es la función de un órgano como el estómago, el esófago o el intestino. Estas enfermedades funcionales, son las más frecuentes en la población general<sup>9</sup>.

Entre la gama de padecimientos gastrointestinales comunes, están la esofagitis por reflujo, las úlceras pépticas y duodenales, el cáncer gástrico, las hernias hiatales, las gastritis agudas entre otras. Generalmente provocan una serie de síntomas como agruras, dolor abdominal, hemorragia digestiva superior o inferior, flatos, eructos, vómito, pérdida de apetito y dolores en el pecho que se confunden a veces hasta con un ataque al corazón.

#### 2.1 Gastritis

En el 2010, Villalba describe que la gastritis es la inflamación de la mucosa que recubre interiormente el estómago tiene múltiples etiologías y presenta diversas características histopatológicas y clínicas. Para su clasificación, suele adoptarse un criterio basado en la evolución, distinguiendo así la gastritis aguda y la gastritis crónica.

---

<sup>9</sup> Vásquez, A. Enfermedades digestivas comprometen la calidad de vida [en línea]. Disponible <http://noticiasus.terra.com/salud/interna/0,0 11027086-E15855,00.html>>[Fecha de consulta: 18 mayo/2012]

### 2.1.1 Gastritis Aguda

“Es la forma más habitual de gastritis. Corresponde a una inflamación súbita que puede ser provocada por numerosos agentes externos o internos irritantes para la mucosa gástrica y que dan lugar a distintas variedades de la alteración.”<sup>10</sup>

La gastritis aguda infecciosa es producida por la ingesta de alimentos contaminados por bacterias o sus toxinas. La más frecuente es la gastritis aguda por *Helicobacter pylori*. Varios cuadros infecciosos pueden ser responsables de gastritis aguda, bien sea como consecuencia del síndrome tóxico de la infección general, bien por la localización del germen. Aquí incluyen las gastritis flemonosas o supurativas, producidas por la invasión bacteriana de la pared gástrica.

La gastritis aguda hemorrágica o erosiva “se caracteriza por inflamación de la mucosa acompañada por el desarrollo de múltiples erosiones (pérdida de sustancia sólo en las capas más superficiales) o auténticas úlceras (pérdida de sustancia que llega hasta la muscularis mucosae), lo cual da lugar a hemorragias de mayor o menor intensidad”<sup>11</sup>. También puede ser consecuencia de factores irritantes, en especial de alcohol o fármacos lesivos para el estómago, pero muchas veces se debe principalmente a situaciones de estrés ocasionando las úlceras, producidas en situaciones graves de distinto tipo (politraumatismos, grandes quemaduras, septicemias, intervenciones quirúrgicas importantes).

El diagnóstico de la gastritis aguda infecciosa se realiza mediante el análisis histológico y/o microbiológico de las muestras obtenidas por endoscopia.

El diagnóstico de la gastritis aguda hemorrágica o erosiva se realiza mediante endoscopia. No es preciso la obtención de biopsias.

La gastritis aguda simple se manifiesta con anorexia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, lengua saburral, halitosis, eructos. Puede acompañarse de un

---

<sup>10</sup> De Gisper, C. (2010). Nuevo Manual de Enfermería. España:Grupo Océano, pag.223

<sup>11</sup> Ibid., pag. 224

cuadro de malestar general y fiebre, así como de diarrea cuando se trata de una intoxicación alimentaria que también afecte al intestino (gastroenteritis aguda).

Las manifestaciones suelen remitir de una a dos semanas después de suprimir el agente responsable, pero si los episodios se repiten puede inducirse al desarrollo de una gastritis crónica.

En la gastritis aguda hemorrágica se suman a las manifestaciones citadas, las que corresponden a la pérdida de sangre, que puede aparecer en los vómitos (hematemesis) o en las heces (melena). En personas que presentan un estado general grave pueden producirse hemorragias masivas que pongan en peligro la vida.

El tratamiento de la gastritis aguda infecciosa irá en función del agente causal identificado. En la mayoría de los casos es suficiente con instaurar medidas dietéticas simples y terapia sintomática con antiácidos y antagonistas H<sub>2</sub> (receptores de histamina).

En las formas perforativas, flemonosas y enfisematosas será preciso administrar antibióticos y en la mayoría de los casos es necesario recurrir a la cirugía.

En las gastritis secundarias a fármacos debe suspenderse el fármaco responsable. Puede ser precisa la administración del fármaco responsable de plaquetas en casos de hemorragias graves. Se recomienda la administración de sucralfato 1 g antes de las comidas, tres veces al día y antes de acostarse.<sup>12</sup>

Las gastritis por estrés se tratan: “ mediante antiácidos y antagonistas H<sub>2</sub> (receptores de histamina H<sub>2</sub>, inhiben la producción de histamina, responsables de disminuir el ácido en el estómago)”<sup>13</sup>.

### **2.1.2 Gastritis Crónica**

---

<sup>12</sup> Ibid., p.224

<sup>13</sup> Ibid., p.225

La gastritis crónica es una inflamación de la mucosa gástrica que se presenta gradualmente y que persiste durante un tiempo prolongado provocando lesiones de carácter irreversible. En el origen del trastorno pueden verse involucrados diversos factores, como el consumo reiterado de sustancias o fármacos irritantes de la mucosa gástrica ( alcohol, nicotina, antiinflamatorios, etc.) o bebidas muy frías y muy calientes, reflujo biliar desde el duodeno, trastornos autoinmunes (anemia perniciosa) o infección por la bacteria *Helicobacter pylori*. Se calcula que casi el 50% de la población mundial presenta algún grado de inflamación gástrica debida a la infección de dicha bacteria. Muchas de las personas afectadas no presentan síntomas.

La Asociación Española de Gastroenterología establece dos grandes categorías de gastritis crónica en función de la presencia de atrofia y en caso de existir de la distribución de esta:

La gastritis crónica no atrófica presenta un infiltrado leucocitario sin ocasionar pérdida ni destrucción de las glándulas gástricas. Se caracteriza la gastritis antral difusa, en la que la mucosa oxíntica (cuerpo y fundus) puede ser normal o mostrar únicamente una inflamación leve. El infiltrado inflamatorio puede ser solo linfoplasmocitario o estar acompañado de polimorfonucleares, lo que se conoce como actividad inflamatorio y en cuyo caso se definiría como gastritis crónica activa<sup>14</sup>.

La gastritis crónica atrófica, se caracteriza por el desgaste e incluso la pérdida de las glándulas gástricas. Se distinguen dos tipos de gastritis crónica atrófica. La gastritis crónica autoinmune, que es una enfermedad poco frecuente. Destaca un importante componente genético y familiar, y una mayor incidencia en individuos de origen escandinavo y en aquellos sujetos con grupo sanguíneo A. En este tipo de gastritis, la mucosa oxíntica está seriamente afectada, por lo que quedan afectadas las células principales y aprietales; por lo tanto, la producción de ácido clorhídrico y de factor intrínseco (imprescindible este último para la absorción de vitamina B12) está alterada<sup>15</sup>.

En las fases iniciales de la enfermedad puede identificarse la infección por *Helicobacter pylori* en personas genéticamente predispuestas, siendo su presencia prácticamente nula en las fases avanzadas. Las manifestaciones clínicas predominantes son las derivadas del déficit de vitamina B12, que puede ocasionar una anemia perniciosa, con síntomas consecuencia de la

---

<sup>14</sup>De Gisper, C. (2010). Nuevo Manual de Enfermería. España: Grupo Océano, pag. 226

<sup>15</sup>Ibid., pag. 227

propia anemia megaloblástica en ocasiones con lesiones neurológicas irreversibles.

La gastritis crónica atrófica multifocal, que presenta una distribución irregular y suele asociarse a la presencia de metaplasias. En casos con presentación geográfica es frecuente la aparición de cáncer gástrico de tipo intestinal y úlcera gástrica.

### **2.1.2.1 Pruebas Diagnósticas Habituales en la Gastritis**

Las pruebas diagnósticas que se solicitan para determinar la gastritis son las siguientes:

- a) Pruebas de Laboratorio
- b) Endoscopia
- c) Biopsias

Determinación de la infección por *Helicobacter pylori* mediante análisis de sangre, aliento y heces, o bien mediante pruebas serológicas y/o biopsia gástrica.

El análisis de sangre muestra hipergastrinemia, hipopepsinogenemia y la concentración sérica de vitamina B12 estarán bajas y la prueba de Schilling confirmará que su déficit de absorción oral se corrige al administrar factor intrínseco.

La gastritis crónica puede permanecer asintomática durante años; cuando da lugar a manifestaciones, estas pueden ser inespecíficas. Entre los principales síntomas cabe destacar las molestias abdominales post-prandiales, como pesadez estomacal, distensión abdominal y flatulencias, así como pirosis (ardor estomacal) cuando la etiología es el alcoholismo crónico.

Suele producirse anemia ferropénica en los casos de gastritis crónica de larga evolución que se acompañan de hemorragias gástricas pequeñas (muchas veces inadvertidas) pero reiteradas.

El tratamiento utilizado para este tipo de gastritis son:

- 1) Medidas dietéticas
- 2) Antibióticos (claritromicina y amoxicilina) de 7 a 14 días.
- 3) Inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lanzoprazol o esomeprazol)

- 4) Vitamina B12 por vía intramuscular en forma de cianocobalamina de forma crónica

## 2.2 Úlcera Péptica

“La úlcera péptica es una solución de continuidad del revestimiento mucoso de cualquier región del aparato digestivo, básicamente el estómago y el duodeno (úlcera gastroduodenal), que esté expuesto al ácido y a la pepsina del jugo gástrico sin disponer de una protección suficiente (barrera mucosa)”<sup>16</sup>.

La mayoría de úlceras se localizan en el duodeno, inmediatamente por debajo del píloro (úlcera duodenal), así como en la curvatura mayor del estómago (úlcera gástrica). Puede penetrar en la mucosa, la submucosa o la capa muscular de la pared de la porción baja de esófago, estómago o duodeno: las úlceras de estómago pueden ocasionar una fusión entre el intestino y el estómago.

Todavía no se conoce con exactitud el origen de la úlcera péptica; sin embargo, se considera que tiene una causa multifactorial caracterizada por una alteración del equilibrio entre los factores agresivos para la mucosa (hipersecreción gástrica, con producción excesiva de ácido clorhídrico y pepsina) y los defensivos (barrera mucosa, secreciones alcalinas).

Se ha establecido una importante relación entre la infección por *Helicobacter pylori* con gastritis crónica, el desarrollo de úlcera gastroduodenal, adenocarcinoma gástrico y el linfoma del estómago.” Esta bacteria se adhiere a la superficie de la mucosa gástrica produciendo disminución o pérdida de microvellosidades, edema intercelular y un infiltrado inflamatorio de dominio linfocitario<sup>17</sup>, por lo tanto es importante erradicar a la bacteria y esto se consigue mediante tratamiento antimicrobiano.

Por otra parte, clásicamente se han involucrado en el patogenia de la úlcera péptica varios factores predisponentes:

- a) Factores genéticos: Hay mayor incidencia en personas con antecedentes familiares de úlcera y en individuos de grupo sanguíneo O.
- b) Factores ambientales: consumo de alcohol, tabaquismo y empleo de fármacos úlcero-genéticos, como el ácido acetilsalicílico, la fenilbutazona o

---

<sup>16</sup> Ibid., p. 257

<sup>17</sup> Guía docente. “Alteraciones gastroesofágica”. [en línea].  
Disponible: <[http://uva.es/guia\\_docente/uploads/2012/475/46181/1/documento1.pdf](http://uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46181/1/documento1.pdf)>[Fecha de consulta: 20 ener/2013]

la indometacina, otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos y los esteroides.

c) Factores sicosociales: tipo de personalidad, el estrés y la ansiedad.

La enfermedad ulcerosa se considera crónica, ya que suelen alternarse fases de exacerbación (muchas veces inducidas por los factores desencadenantes) con otras de remisión. Algunas de las principales complicaciones de la úlcera son la hemorragia (cuando la úlcera alcanza las arterias de la pared digestiva) y la perforación (cuando la erosión afecta a todas las capas de la pared digestiva), así como la penetración (cuando alcanza los órganos adyacentes). El edema o la cicatrización del píloro, ocasionada por la úlcera, puede provocar una obstrucción pilórica. Las indicaciones habituales para realizar el tratamiento quirúrgico de la úlcera son la perforación, la obstrucción pilórica o el fracaso en la solución de la úlcera después de aplicar un tratamiento médico intensivo.

La sintomatología de las úlceras gástricas duodenales puede ser muy similar, por lo que a fin de conseguir realizar el diagnóstico diferencial, es de utilidad hacer radiografías o practicar una endoscopia. Cabe destacar que la úlcera gástrica, aunque generalmente es benigna, tiene una incidencia significativa de neoplasias subyacentes.

### **2.2.1 Pruebas Diagnósticas Habituales en la Úlcera Péptica**

Las pruebas diagnósticas habituales para determinar la úlcera péptica son las siguientes:

- a) Radiografías: seriada gastroduodenal.
- b) Endoscopia del tracto digestivo superior, a menudo junto con biopsia y citología, que se obtienen para descartar la posible presencia de neoplasia.

Exploración gástrica en busca de lo que se cita a continuación:

1. Sangre oculta o residual
2. Concentración de ácido (secreción básica de ácido o BAO)

En la úlcera duodenal, la concentración está elevada.

En la úlcera gástrica y en la neoplasia, la concentración es normal o bien está a nivel bajo. Determinación de la infección por *Helicobacter pylori* mediante pruebas serológicas o endoscopia y cultivo o examen histológico de la biopsia gástrica.

Un síntoma patognomónico es el dolor corrosivo y molesto en el epigastrio que se alivia temporalmente con la ingesta de alimentos o antiácidos.

En la úlcera gástrica, el dolor desaparece después de la comida durante 30-90 minutos, para reaparecer y mantenerse durante 60 a 90 minutos y se atenúa espontáneamente.

En la úlcera duodenal, el dolor desaparece tras la ingestión de alimentos durante 2-4 horas, para reaparecer y mantenerse indefinidamente hasta la siguiente ingesta. Algunas quejas frecuentes son las náuseas y los vómitos.

En caso de existir hemorragia, la persona puede vomitar sangre o bien eliminar heces de coloración negro-alquitrán (melena).

La presencia de fatiga y la sintomatología de anemia puede ser indicativos de hemorragia digestiva lenta.

En la obstrucción pilórica, el vómito, que puede estar o no precedido de una sensación nauseosa, puede ser proyectado violentamente. Si es persistente puede dar lugar a una alcalosis. También puede haber anorexia.

Los signos de que se ha producido una perforación incluyen: comienzo brusco de dolor abdominal grave y penetrante con dolor reflejo en los hombros, así como abdomen rígido o en tabla con disminución de los ruidos intestinales, seguido de sintomatología de shock y peritonitis.

Alrededor del 85% de las úlceras responden al tratamiento conservador. Se puede prescribir un tratamiento medicamentoso:

A menudo se administran antiácidos, al principio cada hora mientras la persona está levantada posteriormente de 1 a 3 horas después de las comidas y a la hora de acostarse, mientras la persona está hospitalizada. Los antiácidos más utilizados en la actualidad son el hidróxido de aluminio y el de magnesio.

Para el tratamiento de úlcera también se utilizan:

1. Antisecretores antagonistas de los receptores H2 de la histamina (cimetidina, ranitidina, famotidina). Se logra la curación de la úlcera en un alto porcentaje de casos en un período de cuatro a seis semanas.
2. Antisecretores inhibidores de la bomba de hidrogeniones (Omeprazol), cicatrizan la úlcera más rápido que las anteriores, especialmente en la úlcera duodenal.
3. Se puede administrar sucralfato, agente protector de la mucosa que tiene actividad antipepsina. También pueden utilizarse prostaglandinas con la misma finalidad.
4. La infección por *Helicobacter pylori* se combate con terapias combinadas de antibióticos (claritromicina, metronidazol, amoxicilina) en combinación con un antisecreto (omeprazol).

“Se recomienda realizar comidas ligeras y frecuentes. Evitar la ingesta de alimentos que estimulen la secreción del ácido, como café, té, cola, alcohol y especias”<sup>18</sup>.

El tratamiento quirúrgico de las úlceras son:

- Tratamiento de urgencia: sutura del área perforada.
- Tratamiento electivo: en caso de úlceras recidivantes, episodios de sangrado, obstrucción pilórica o úlceras que no respondan al tratamiento.

## **2.3 Medidas de Diagnóstico en Enfermedades Gastrointestinales**

### **2.3.1 Endoscopia**

Endoscopia “es una técnica mediante el cual se visualizan los órganos internos a través del uso de tubos flexibles, conocidos como endoscopios”<sup>19</sup>.

Los endoscopios superiores pasan a través boca para visualizar el esófago, el estómago y el duodeno (la primera porción del intestino delgado).

---

<sup>18</sup>Ibid., pag. 259

<sup>19</sup> ASGE (Sociedad Americana para la Endoscopia Gastrointestinal). “Cómo se garantiza la seguridad de su procedimiento endoscópico”. [en línea]. Disponible: <mhtml:file://E:/ASGE Cómo se garantiza la seguridad de su procedimiento endoscópico..>. [Fecha de consulta: 2011/08/30]

### **2.3.1.1 Objetivo del procedimiento**

La endoscopia ha constituido un adelanto importante en el tratamiento de enfermedades gastrointestinales. Por ejemplo el uso del endoscopio permite la detección de úlceras, cáncer, pólipos y sitios de sangrado interno. A través de la endoscopia se obtiene muestras de tejido (biopsias), desobstruir áreas de bloqueo y detener sangrados activos.

### **2.3.1.2 Técnica**

Es fundamental, antes de iniciar el procedimiento, poseer un juicio clínico del enfermo, revisar su historial clínico, los estudios endoscópicos y radiológicos previos, al igual que los informes de la anatomía patológica. Se recomienda que el examen se practique en un área amplia, de fácil acceso, con disposición de oxígeno complementario, pisos y paredes de materiales fácilmente lavables, con varios puntos de energía.

Actualmente, se recomienda que las unidades de endoscopia posean los equipos necesarios para la monitorización continua del paciente durante el examen: oximetría de pulso, presión arterial y frecuencia cardíaca. Estos permiten un mejor seguimiento del enfermo durante y después del procedimiento.

Es muy importante preparar al paciente en su estado anímico para que acepte el procedimiento. Para su realización, hay grupos que utilizan sedación y otros que no lo hacen.

### **2.3.1.3 Biopsia y citología**

“Las mayores ventajas de la esofagogastroduodenoscopia sobre los estudios radiológicos , es la posibilidad de obtener muestras para el estudio histológico de una lesión determinada”<sup>20</sup>

La citología es útil en la evaluación de infecciones virales o por hongos: para tal fin, se utiliza la técnica del cepillado sobre la mucosa.

Las biopsias mediante fórceps se utilizan para determinar la naturaleza de una lesión e igualmente para detectar la infección por *Helicobacter pylori*;

---

<sup>20</sup> Santacoloma, M. Endoscopia Digestiva Altas [en línea]. Disponible: <[http://www.encolombia.com/gastro14299\\_endoscopia2.html](http://www.encolombia.com/gastro14299_endoscopia2.html)>[Fecha de consulta: 2011/11/15].

proveen suficiente tejido (generalmente, limitado a la mucosa) para el estudio histológico. El rendimiento de los diferentes modelos de pinzas es muy similar.

Otra técnica para obtener material de estudio histopatológico es la resección de mucosa mediante la inyección de solución salina y el empleo de un asa de polipectomía: es particularmente útil en la detección precoz de cáncer.

#### **2.3.1.4 Complicaciones**

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento seguro, con una tasa de complicación por debajo del 2%; su incidencia aumenta cuando se realizan biopsias o maniobras terapéuticas. “En 1 de cada 1.000 endoscopias del tracto digestivo alto, ocurre morbilidad grave. Las complicaciones mecánicas del procedimientos diagnóstico son la perforación esofágica y el daño de la dentadura”<sup>21</sup>. El sangrado secundario a la toma de biopsias casi siempre es autolimitado; en algunos casos, se hace necesario el control con inyección de una sustancia esclerosante bajo visión directa.

Existen otras complicaciones asociadas al estado previo del paciente, a sus enfermedades concomitantes y medicación previa (hipoxemia, bradicardia, hipotensión, endocarditis bacteriana, diátesis hemorrágica, sedación excesiva y aspiración).

El riesgo de las complicaciones en una endoscopia aumenta con la edad y el número de enfermedades que sufre el paciente. En el anciano y en personas con problemas cardiopulmonares, la realización de la endoscopia debe obedecer a una indicación muy precisa.

#### **2.3.1.5 Características de un Endoscopio**

---

<sup>21</sup> Santacoloma, M. Endoscopia Digestiva Altas [en línea]. Disponible: <[http://www.encolombia.com/gastro14299\\_endoscopia2.html](http://www.encolombia.com/gastro14299_endoscopia2.html)> [Fecha de consulta: 2011/11/15].

“Un endoscopio consiste en un tubo flexible que pasa por el tracto digestivo para proporcionar una imagen de video, una sección de control que permite al endoscopista maniobrar la punta del tubo flexible con precisión”<sup>22</sup>. Dentro del tubo los componentes electrónicos necesarios para obtener la imagen de video, los cables que permiten el control la punta del flexible y los canales que permiten el pasaje de dispositivos para obtener muestras de tejido, detener sangrados y extirpar pólipos. El endoscopio es un instrumento complejo pero duradero y es seguro para ser usado en miles de procedimientos.

#### **2.3.1.5.1 Preparación de un endoscopio para cada procedimiento**

En todas las áreas de medicina y cirugía, los dispositivos médicos complejos, reutilizables por lo general no se descartan después de usarlos una vez en un paciente, sino que se vuelven a usar en nuevos pacientes.

Esta práctica es muy segura siempre y cuando los dispositivos se preparen o reprocesen de manera adecuada previo a cada procedimiento, a fin de eliminar todo riesgo de transmisión de una infección de un paciente a otro.

Previo a la realización de un procedimiento, el endoscopio debe ser limpiado y desinfectado cuidadosamente. Los pasos implicados en la limpieza y desinfección de un endoscopio son los siguientes:

#### **2.3.1.5.2 Limpieza Mecánica**

Los canales de operación y las partes externas del endoscopio se lavan meticulosamente, se repasan con líquidos especiales, que contienen enzimas y se cepillan con instrumentos de limpieza especiales. Los estudios han demostrado que estos pasos pueden eliminar virus y otros microbios potencialmente nocivos de un endoscopio.

#### **2.3.1.5.3 Prueba de pérdidas**

---

<sup>22</sup> ASGE (Sociedad Americana para la Endoscopia Gastrointestinal). “Cómo se garantiza la seguridad de su procedimiento endoscópico”. [en línea]. Disponible:<<http://www.asge.org/>>[Fecha de consulta: 30 agos/2011]

Se prueba el endoscopio para asegurar que no haya pérdidas en sus canales de operación internos. Eso no sólo asegura el óptimo funcionamiento del endoscopio sino que también permite la detección inmediata de defectos internos que representan un foco infeccioso potencial dentro del dispositivo.

Pese a sus complejos componentes electrónicos se puede sumergir a un endoscopio entero en líquido para llevar a cabo la prueba de pérdidas.

#### **2.3.1.5.4 Uso de desinfectantes químicos**

El endoscopio se empapa constantemente, durante un período de tiempo adecuado, con uno de varios productos químicos líquidos aprobados que destruyen los microorganismos que provocan infecciones en los seres humanos, incluyendo el virus del SIDA, hepatitis y bacterias potencialmente nocivas. “Existe una serie de desinfectantes químicos tales como el glutaraldehído que pueden ser tóxicos y deben ser neutralizados si ocurre algún accidente en la sala de desinfección”<sup>23</sup>. En general es posible hacer la neutralización de los aldehídos diluyéndolos, con el agregado de agentes reductores (bisulfito de sodio) o agentes alcalinizantes (hidróxido de sodio). Estos agentes deben mantenerse a mano para hacer que los desinfectantes sean inocuos para el personal; estos desinfectantes se utilizan para lograr un alto nivel de desinfección. Este proceso elimina prácticamente todos los microbios, excepto algunos organismos latentes inactivos conocidos como esporas. No obstante excepcionalmente se encuentran esporas en los endoscopios, pero a pesar de estar presentes no son nocivas para los humanos. La mayoría de desinfectantes de alto nivel también son esterilizantes (que matan todas las esporas), esto requiere un tiempo de exposición mucho mayor y no se ha demostrado que sea necesario.

La boca, el intestino delgado, el colon y el recto de los seres humanos contienen millones de bacterias inocuas, por lo tanto en cuanto el endoscopio toda la superficie interna de un paciente, deja de ser estéril. El objetivo de un endoscopio “estéril” desde el principio hasta el fin a un procedimiento no es

---

<sup>23</sup> WGO/WEO Global Guideline. “Desinfección de endoscopios, un enfoque sensible a los recursos”. [en línea]. Disponible: [http://worldgastroenterology.org/assets/.../desinfeccion\\_de\\_endoscopios.pdf](http://worldgastroenterology.org/assets/.../desinfeccion_de_endoscopios.pdf) [Fecha de consulta: feb/2012]

posible. Entonces el objetivo de reprocesamiento es eliminar del endoscopio todo microbio potencialmente nocivo.

#### **2.3.1.5.5 Enjuague y secado**

Después de la exposición al desinfectante químico, los canales del endoscopio se enjuagan con agua esterilizada y de alcohol, luego se secan con aire para eliminar cualquier rastro de humedad que pueda constituir un sitio de crecimiento bacteriano desde el entorno. El endoscopio entonces se guarda en una percha especial para mantenerlo seco y sin contaminación.

#### **2.3.1.6 Cuidados de Enfermería en Pacientes con Gastritis y Úlceras Gastroduodenales**

Las personas que presentan vómito de sangre, deben saber que este episodio constituye una urgencia médica.

La persona tanto como su familia necesitan soporte emocional, ya que la persona se enfrenta a una situación de amenaza para su vida.

El personal de enfermería debe realizar lo siguiente:

##### **2.3.1.6.1 Valoración**

- a) “Antecedentes personales: especial referencia a cirugías o endoscopias digestivas previas, ingesta de cáusticos o radioterapia, síndromes de hipersecreción ácida, etc.
- b) Antecedentes familiares: En especial de patología digestiva como gastritis autoinmune y carcinomas.
- c) Hábitos alimenticios: frecuencia y cantidad de las comidas así como la ingesta elevada de café o alcohol. Los alimentos ácidos, picantes o muy condimentados pueden reagudizar el dolor.
- d) Toma habitual de medicación: AAS, AINES
- e) Historia laboral y social: Valorando las cargas laborales, problema familiares, estrés, etc “<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Guía docente. “Alteraciones gastroesofágica”. [en línea].  
Disponible: <[http://uva.es/guía\\_docente/uploads/2012/475/46181/1/documento1.pdf](http://uva.es/guía_docente/uploads/2012/475/46181/1/documento1.pdf)>[Fecha de consulta: 20 ener/2013]

### **2.3.1.6.2 Intervenciones de enfermería**

a) Objetivo: adaptación del paciente a hábitos de vida saludables evitando la aparición de complicaciones.

b) Dieta adecuada: alimentos recomendados y los desaconsejados. Comidas poco copiosas y frecuentes, masticando bien los alimentos. Comer despacio.

c) Controles periódicos del peso y parámetros hemáticos

Dolor: fármacos prescritos

d) Hemorragia digestiva alta: reposición de volumen.

Sonda nasogátrica para lavado y aspiración, preparar al paciente para una endoscopia digestiva alta, con una posible intervención quirúrgica urgente si no se obtiene la hemostasia.

e) Perforación: preparar al paciente para la cirugía de urgencia.

## **2.4 Seguridad del Paciente**

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo ya que los responsables en la atención de la población no se han involucrado en mejorar la calidad de servicio en los diversos ámbitos.

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño en los servicios de salud. En los países en desarrollo, la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en las clínicas es mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados<sup>25</sup>.

“En la actualidad asistimos a un crecimiento en el número de publicaciones, informes y proyectos de investigación destinados a aumentar el conocimiento sobre seguridad del paciente, siendo ya numerosos países que están abordando el problema y definiendo sus estrategias.”<sup>26</sup>

Con el objetivo de definir y armonizar los conceptos construídos sobre seguridad del paciente en una clasificación internacional, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó un grupo –el Grupo de Redacción de la CISP- compuesto por especialistas en el área de seguridad del paciente, para el desarrollo de una taxonomía internacional, denominada Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). Se pretende que este tipo de estrategia pueda ayudar a obtener, capturar y analizar factores relevantes para la seguridad del paciente, así como favorecer el aprendizaje y la mejoría del sistema de salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005 los conceptos claves y términos preferenciales basados en el consenso son los siguientes:

1. Evento adverso: es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.
2. Evento adverso no evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

---

<sup>25</sup> Reyes, Juan. Taxonomía en seguridad del paciente: ¿Hablamos todos el mismo idioma? Disponible en <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2011/junio/seguridadpaciente.pdf>.

<sup>26</sup> Ibid., <<http://www.paginasenferurg.com/revistas/2011/junio/seguridadpaciente.pdf>.

3. Evento adverso evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.
4. Error: uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

### **2.4.1 Evento Adverso**

Según la OPS la calidad en los cuidados de enfermería ha sido una preocupación constante. Florence Nightingale (1820-1910) fue una de las pioneras en los cuidados con calidad y seguridad, ya que durante la guerra de Crimea consiguió en pocos meses disminuir la mortalidad de los heridos de guerra de un 40 a un 2% gracias a las medidas de higiene que implementó en los hospitales de campaña.

Evento adverso (EA) es el daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.

Su trascendencia se expresa en forma de lesión, incapacidad, fallecimiento, prolongación de la asistencia hospitalaria o incremento de recursos asistenciales. Pueden clasificarse en evitables e inevitables, siendo los evitables los que más interesan por poder prevenirse. El calificativo de evento adverso (EA) evitable o prevenible, indica el hecho de que no hubiera ocurrido de haberse producido alguna actuación. El de evento adverso (EA) inevitable o no prevenible se refiere al hecho de la imposibilidad de predicción o evitación bajo las circunstancias y el contexto dado.

“En Latinoamérica, entre los años 2007 y 2009 se realizó el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS). En este estudio participaron 58 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Los resultados del estudio mostraron una prevalencia de 10.5% de eventos adversos”<sup>27</sup>.

Se define como evento adverso (EA) prevalente al que está presente en el momento del estudio, en fase de tratamiento o de secuelas, independientemente de cuándo tuvo su origen. De estos casi 60% era evitable.

---

<sup>27</sup>OPS. (2011). Enfermería y Seguridad de los pacientes. (1ª.ed). Washington:OPS, p.46

Como causas más frecuentes de evento adverso, en primer lugar están las infecciones intrahospitalarias, siendo las más frecuentes las infecciones urinarias, las flebitis y las bacteremias asociadas con dispositivos intravasculares y las neumonías. En segundo lugar se encuentran los eventos relacionados con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se someten los pacientes, como biopsias, punciones, drenajes, transfusiones sanguíneas y otros.

Finalmente, la tercera causa está relacionada con los cuidados, siendo los principales eventos adversos los relacionados con las úlceras por presión, las caídas y los consecuentes a la inmovilización de paciente.

#### **2.4.2 Higiene de Manos: Una Atención Limpia es una Atención Segura en Seguridad del Paciente**

El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, elemento fundamental de la Alianza, crea un entorno en el que la seguridad de la atención sanitaria reúne la experiencia de especialistas punteros en campos como la higiene de las manos y la seguridad de las inyecciones, las intervenciones quirúrgicas, el uso de la sangre, y el entorno asistencial.

El tema elegido para el primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente es el de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que se producen en todo el mundo, tanto en países industrializados como en desarrollo y con economías en transición, y se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados; dichas infecciones se abordarán en El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005-2006: «Una atención limpia es una atención más segura»<sup>28</sup>.

Una acción clave del Reto es fomentar la higiene de las manos en la atención sanitaria a escala mundial y nacional mediante la campaña «Una atención limpia es una atención más segura». Dicha higiene, que es una acción muy sencilla, reduce las infecciones y mejora la seguridad del paciente en todos los ámbitos, desde los sistemas sanitarios avanzados de los países industrializados a los dispensarios locales del mundo en desarrollo.

---

<sup>28</sup> Alianza mundial para la seguridad del paciente. "Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria". [en línea]. Disponible: [http://who.int/patientsafety/information.../Spanish\\_HH\\_Guidelines.pdf](http://who.int/patientsafety/information.../Spanish_HH_Guidelines.pdf) [Fecha de consulta: 14 mayo/2011]

Por ello, la OMS ha elaborado unas Directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria cuya finalidad es proporcionar a los profesionales de la atención de salud, los administradores de hospitales y las autoridades sanitarias los mejores datos científicos y recomendaciones que les permitan perfeccionar las prácticas y reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos. Estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Representan una carga considerable tanto para el paciente y su familia como para la salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países que representaban a cuatro regiones de la OMS (Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental) reveló que, en promedio, el 8,7% de los pacientes hospitalizados contraen infecciones nosocomiales.

En cualquier momento, más de 1,4 millones de personas en el mundo padecen complicaciones infecciosas relacionadas con la atención sanitaria.

“Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son una de las principales causas de muertes de pacientes de todas las edades, y sobre todo de los individuos más vulnerables. Cuanto más enfermo esté el paciente, mayor es el riesgo de que contraiga alguna infección de este tipo y muera por causa de ella”<sup>29</sup>.

En los países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados en centros para enfermedades agudas contraen una infección que no padecían ni estaban incubando en el momento de ingresar. Esas infecciones nosocomiales elevan la morbilidad, la mortalidad y los costos que entrañaría por sí sola la enfermedad de base del paciente. En los Estados Unidos de América (EE.UU.), uno de cada 136 pacientes ingresados enferma gravemente por infecciones contraídas en el hospital. Ello equivale a 2 millones de casos y unas 80.000 muertes anuales. En Inglaterra se producen cada año al menos 100.000 casos de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que causan 5.000 muertes<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Alianza mundial para la seguridad del paciente. “Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria”. [en línea]. Disponible: [http://who.int/patientsafety/information.../Spanish\\_HH\\_Guidelines.pdf](http://who.int/patientsafety/information.../Spanish_HH_Guidelines.pdf) [Fecha de consulta: 14 mayo/2011]

<sup>30</sup> Ibid., [www.who.int/patientsafety/information.../Spanish\\_HH\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information.../Spanish_HH_Guidelines.pdf)

Entre los pacientes críticos hospitalizados, al menos el 25% contraen infecciones nosocomiales, incluso en unidades con muchos recursos. En algunos países, esta proporción puede ser mucho mayor; por ejemplo, en Trinidad y Tabago, hasta dos terceras partes de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos contraen al menos una infección nosocomial.

En 2005, la OMS indica que en los países con pocos recursos, en los que el sistema de salud ha de atender a una población más enferma y hacer frente a la falta de recursos humanos y técnicos, la carga que representan las infecciones relacionadas con la atención sanitaria es aún más importante. En México, por ejemplo, son la tercera causa de muerte en la población general. Aunque las estimaciones del porcentaje de infecciones nosocomiales que son prevenibles varían, pueden llegar al 40% o más en los países en desarrollo.

Es necesario contar con unas orientaciones claras, eficaces y aplicables sobre las medidas para frenar la propagación de las infecciones. Aunque se considera que la higiene de las manos es la medida más importante de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, incrementarla es una tarea compleja y difícil. Las Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria ofrecen a los profesionales sanitarios, los administradores de hospitales y las autoridades sanitarias un completo análisis de los diversos aspectos de la higiene de las manos, así como información detallada para superar los posibles obstáculos, y se han ideado para ser utilizadas en cualquier situación en la que se preste atención sanitaria. Las directrices ofrecen un completo análisis de los datos científicos relacionados con los fundamentos y las prácticas de la higiene de las manos en el ámbito sanitario, y reúnen en un solo documento información técnica suficiente para servir de base a los materiales de formación y ayudar a planificar las estrategias de aplicación.

## **RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA EL LAVADO DE MANOS**

### **2.4.2.1. Indicaciones para el lavado y la antisepsia de las manos**

Según las Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria indica lo siguiente:

- a) Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente

sucias o contaminadas con material proteináceo, o visiblemente manchadas con sangre u otros líquidos corporales, o bien cuando haya sospechas fundadas o pruebas de exposición a organismos con capacidad de esporular , así como después de ir al baño.

b) Las manos aunque no estén visiblemente sucias, utilizar preferentemente la fricción con una preparación alcohólica para la antisepsia sistemática de las manos , o lavarse las manos con agua y jabón. Proceder a la higiene de las manos: antes y después del contacto directo con pacientes; parte de la asistencia al paciente; después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas; al atender al paciente, cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a otra limpia; después de entrar en contacto con objetos inanimados (incluso equipo médico) en la inmediata vecindad del paciente.

c) Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos. No utilizar jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación alcohólica para la fricción de las manos .

#### **2.4.2.2 Técnica de higiene de las manos**

Las directrices de la OMS sobre la higiene de manos indica lo siguiente:

- Aplicar una dosis de producto, extenderlo por toda la superficie de manos y friccionarlas hasta que queden secas .
- Cuando se lave las manos con agua y jabón, mojarlas con agua y aplicar la cantidad de producto necesaria para extenderlo por toda la superficie de las mismas.
- Frotarse enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelazar los dedos para cubrir toda la superficie.
- Enjuagarse las manos con agua y secarlas completamente con una toalla desechable. Siempre que sea posible, utilizar agua corriente limpia.
- Utilizar la toalla para cerrar el grifo. Asegurarse de que las manos estén secas. Utilizar un método que no las contamine de nuevo. Cerciorarse de que las toallas no se utilicen varias veces o por varias personas. No

emplear agua caliente porque la exposición repetida a ella eleva el riesgo de dermatitis.

- Para el lavado de las manos con agua y un jabón no antimicrobiano pueden emplearse jabones simples líquidos, en pastilla, en hojas o en polvo. Las pastillas de jabón deben ser pequeñas y colocarse sobre rejillas que faciliten el drenaje.

#### **2.4.2.3 Recomendaciones para la antisepsia preoperatoria de las manos**

Si las manos están visiblemente sucias, lavarlas con un jabón común antes de proceder a la antisepsia preoperatoria. Con un limpia uñas, bajo el grifo abierto, eliminar la suciedad que se encuentre debajo de las uñas.

Los lavabos deben estar diseñados de manera que permita reducir el riesgo de salpicaduras. Quitarse anillos, relojes y pulseras antes de iniciar la antisepsia preoperatoria de las manos. Están prohibidas las uñas artificiales.

Proceder a la antisepsia preoperatoria de las manos lavándoselas con un jabón antimicrobiano o frotándoselas con una preparación alcohólica, preferentemente con insistencia, antes de ponerse los guantes estériles.

Según las directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria indica lo siguiente:

#### **2.4.2.4 Selección y manipulación de los productos para la higiene de las manos**

Proporcionar a los profesionales sanitarios productos para la higiene de las manos que sean eficaces y poco irritantes. Para lograr la máxima aceptación posible de los productos para la higiene de las manos entre los profesionales sanitarios, solicitar la opinión de éstos respecto a la textura, olor y tolerancia cutánea de todos los productos candidatos. En algunos lugares el costo puede ser un factor primordial. Al seleccionar los productos para la higiene de las manos: identificar las interacciones conocidas entre los productos utilizados para la limpieza de las manos y el cuidado de la piel y los tipos de guantes utilizados en el centro.

#### **2.4.2.5 Cuidado de la piel**

Incluir en los programas de formación de los profesionales sanitarios información sobre las prácticas de cuidado de las manos que reducen el riesgo de dermatitis de contacto por irritantes y otras lesiones cutáneas.

Proporcionar otros productos a los profesionales sanitarios que tengan alergia o sufran reacciones adversas a los productos utilizados habitualmente para la higiene de las manos.

Cuando sean necesarias, proporcionar a los profesionales sanitarios lociones o cremas para las manos para reducir en lo posible las dermatitis de contacto por irritantes relacionadas con la antisepsia o el lavado de las manos.

#### **2.4.2.6 Uso de guantes**

El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado. Utilizar guantes siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta.

Quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente. No usar el mismo par para atender a más de un paciente.

Si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente.

No reutilizar los guantes. Si se reutilizan, reprocesarlos con métodos que garanticen su integridad y su descontaminación microbiológica.

#### **2.4.2.7 Otros aspectos de la higiene de las manos**

No usar uñas artificiales ni extensiones de uñas cuando se tenga contacto directo con pacientes.

Mantener las uñas naturales cortas (puntas de menos de 0,5 cm de largo).

### **2.5 Seguridad del paciente aplicada en Sedación en Endoscopia**

“La endoscopia gastrointestinal con sedantes y analgésicos realizada por endoscopistas bien entrenados ha probado ser un procedimiento seguro”<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup>Guía de manejo en gastroenterología. "Sedación en Endoscopia". [en línea]. Disponible: [http://www.encolombia.com/gastro14299\\_sedacion.htm](http://www.encolombia.com/gastro14299_sedacion.htm) > [Fecha de consulta: 21 jun/2012]

Una de las expectativas consiste en brindar cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes tomando como base el respeto, la seguridad y la comodidad. El papel protagonista de la enfermera en la endoscopia digestiva evidencia el interés en ofrecer buenas prácticas de Enfermería con el objetivo de favorecer el desarrollo y enriquecimiento de nuestra profesión en este campo.

“Los cuidados en Enfermería en el ámbito endoscópico tienen un carácter holístico, que no solo se centra en el desarrollo científico técnico sino en la aportación como miembro del equipo con una visión global de todo el proceso, asumiendo la responsabilidad profesional y ética que de él deriva.”<sup>32</sup>

“La intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidado específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; actualmente los procedimientos endoscópicos ocupan gran parte en el quehacer de la enfermera”<sup>33</sup>. Por lo tanto la profesionalización de Enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas, en especial cuando los pacientes son sometidos a endoscopia bajo sedación.

Según la Clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), indica que es útil para determinar la habilidad de un paciente a tolerar sedación, anestesia y estrés y se clasifica en:

1. Clase I: Paciente sano sin enfermedades orgánicas de base: típico paciente ambulatorio en que se planifica una endoscopia diagnóstica.

2. Clase II: Paciente con una enfermedad sistemática leve a moderada, pero que no interfiere con sus actividades diarias: hipertensión arterial (HTA), asma controlada, diabetes mellitus (DM), anemia, embarazo o pacientes mayores de 70 años.

---

<sup>32</sup> La Enfermería en el acto del cuidado. “Estrategia prioritaria servicios de endoscopias digestiva”. [en línea]. Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2558/2/La-Enfermeria-en-el-a...> [Fecha de consulta: 09 agos/2012]

<sup>33</sup> Tadataka Yamada. (2009). Sedation for gastroenterology endoscopy. Pag. 9

3.Clase III: Pacientes con enfermedades sistémicas severas: asma sin control, EPOC u obesidad mórbida.

4.Clase IV: Pacientes con enfermedades sistémicas severas con riesgo de muerte con angina inestable, enfermedad renal terminal o patología respiratoria debilitante.

5.Clase V: Pacientes que necesitan procedimientos endoscópicos de emergencia.

A continuación se mencionarán algunas definiciones que son utilizadas para describir los estados de conciencia para la realización de las endoscopias.

-Sedación: Es la reducción del nivel de conciencia inducida por medicamentos utilizados para facilitar la aceptación de los procedimientos endoscópicos. La sedación puede variar desde cambios mínimos o no visibles hasta la pérdida de conciencia y de los reflejos protectores.

-Analgesia: es la reducción del dolor o de la percepción nociceptivos inducido por el uso de medicamentos, especialmente opiáceos. Los analgésicos son comúnmente utilizados en bajas dosis o moderadas para reducir la incomodidad sin alterar el estado de conciencia. A dosis altas pueden deprimir la respiración e inducir sedación.

-Monitorización: es la asistencia continua del estado general del paciente antes, durante y después de la administración de sedantes para la realización procedimientos Endoscópicos. La monitorización debe detectar signos tempranos de disfunción orgánica, antes de que ocurra compromiso con funciones vitales.

Todos los pacientes que van a ser sometidos a sedación durante un procedimiento endoscópico, requieren una evaluación previa para determinar el riesgo relativo y así hacer un manejo óptimo de problemas relacionados con las condiciones médicas preexistentes y dar cuidados apropiados posteriores al procedimientos en caso de que se presenten

eventos adversos. Se debe hacer una breve historia clínica, medicamentos utilizados, alergias y una evaluación del estado cardiopulmonar.<sup>34</sup>

Los pacientes deben dar su consentimiento por escrito previa explicación complicaciones y accidentes que puedan presentarse durante y después del procedimiento. Toda esta información debe estar disponible fácilmente para el endoscopista con el fin de poder garantizar un excelente cuidado postprocedimiento.

“La enfermera responsable de administrar sedación y analgesia debe tener conocimiento sobre dosis, mecanismo de acción, efectos adversos y como revertir el efecto de todos los medicamentos que se usan”<sup>35</sup>

Los signos vitales y la saturación de O<sub>2</sub> antes de la sedación deben ser anotados y estar disponibles para hacer comparación.

La sedación puede disminuir la presión sanguínea y el pulso por disminución de la ansiedad preprocedimiento. Una disminución importante de los valores de estos parámetros requiere asistencia y deben ser tratados si se considera que el paciente puede estar con disfunción orgánica.

El uso de sedantes intravenosos o de analgésicos requieren de una vía de entrada intravenosa hasta que el paciente se recupere. Esta vía IV puede ser con catéter, con o sin administración de fluidos.

Según Suárez el fármaco más utilizado en las gastroscopias es la lidocaína en spray al (10%) y las intravenosas son las benzodiazepinas que inducen relajación, cooperación y, ocasionalmente, producen amnesia anterógrada transitoria. La dosis varía de acuerdo con la edad, el peso, las afecciones concomitantes, el uso de fármacos y el nivel de complejidad del procedimiento. Pueden producir depresión respiratoria. Se recomienda el uso de midazolam IV a dosis de 0.1 a 0.5mg/kg.

### **2.5.1 Seguridad del paciente mediante la aplicación correcta de sedación en la endoscopia utilizando los antagonistas específicos de las benzodiazepinas y opiáceos**

“El flumazenil antagonista de las benzodiazepinas y la naloxona, antagonista de los opiáceos, se encuentran disponibles y deben estar en toda

---

<sup>34</sup>García, F. Sedación en Endoscopia. [en línea]. Disponible: [http://www.encolombia.com/gastro14299\\_sedacion.htm](http://www.encolombia.com/gastro14299_sedacion.htm)  
> [Fecha de consulta: 21 jun/2012]

<sup>35</sup>Gastrointestinal Endoscopy. (1999). Quality Improvement of Gastrointestinal Endoscopy, Vol.4 N.6.

unidad de endoscopia”<sup>36</sup>. El efecto no es instantáneo y a menudo de muy corta duración, con relación al medicamento sedante utilizado por lo que se hace necesario repetir la dosis varias veces. No es aconsejable depender de estos antídotos para compensar una sobredosificación ya que el riesgo de hiperventilación puede ser mayor. La dosis de flumazenil es de 0.2mg IV, repetida en dosis iguales cada minuto hasta llegar a 1 mg dosis total.

### **2.5.2 Monitoreo Posprocedimiento**

Después de realizado el procedimiento, “el paciente deber ser observado para detectar efectos adversos por la instrumentación o por la sedación. El tiempo de seguimiento posprocedimiento dependerá del riesgo establecido”<sup>37</sup>.

El paciente es llevado a una sala de recuperación y permanecerá allí hasta que los signos estén estables y el paciente recupere su nivel de conciencia inicial, debe ser instruido antes de la administración de sedantes que se pueden presentar en un período de alteración de la conciencia y del juicio. Se les debe indicar que no pueden conducir, operar maquinaria pesada ni tomar decisiones que puedan tener implicaciones legales. Siempre que el paciente reciba una sedación, debe ir acompañado de un familiar competente quien será el encargado de conducirlo al domicilio.

El paciente debe recibir instrucciones escritas sobre los síntomas y signos de posibles reacciones adversas como son sangrado, dolor y los pasos a seguir en caso de que se presenten, incluyendo un número de teléfono que funcione las 24 horas y el centro hospitalario más cercano.

## **2.6 Seguridad del Cuidado y la Correcta Identificación del Paciente**

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia. La forma más habitual de identificación de los pacientes en centros sanitarios es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado.

---

<sup>36</sup> Guía de manejo en gastroenterología. "Sedación en Endoscopia". [en línea]. Disponible: [http://www.encolombia.com/gastro14299\\_sedacion.htm](http://www.encolombia.com/gastro14299_sedacion.htm) > [Fecha de consulta: 21 jun/2012]

<sup>37</sup> Ibid., [en línea]. Disponible: [http://www.encolombia.com/gastro14299\\_sedación.htm](http://www.encolombia.com/gastro14299_sedación.htm) > [Fecha de consulta: 21 jun/2012]

“Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc”<sup>38</sup>.

De acuerdo con la American Hospital Association, la identificación verbal no se debería hacer porque los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confusos o simplemente incapaces de responder. Los pacientes también pueden tener barreras de lenguaje , idiomáticas ,problemas de audición o ser demasiado jóvenes, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención de los pacientes. El personal sanitario suele ser excesivamente confiado en lo que a la identificación de pacientes se refiere.

Un ejemplo de aplicación de una norma sobre la utilización de brazaletes identificativos en un hospital podría ser:

Todos los pacientes deben tener un brazalete identificativo en la muñeca o, cuando no sea posible, en el tobillo. En el brazalete tiene que constar de forma legible el nombre y apellidos y el número de historia clínica del paciente. No deberán hacerse pruebas diagnósticas ni administrarse medicamentos o componentes sanguíneos a pacientes que no dispongan del brazalete”<sup>39</sup>.

De ésta forma, todos los procedimientos se realizarían con el paciente con su brazalete. Cada hospital debiera aplicar una normativa sobre la utilización del brazalete identificativo.

## **2.7 Seguridad del Paciente aplicada a la Cirugía Segura**

“La cirugía en el lugar incorrecto es un problema relevante en el ámbito de seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias pueden ser graves, sino porque además tiene un gran impacto mediático y legal”<sup>40</sup>.

Se define como la cirugía realizada en el lugar anatómico incorrecto. Puede referirse al lado incorrecto ( pierna derecha o izquierda), a la posición o

---

<sup>38</sup> Identificación de pacientes. [en línea]. Disponible: [www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%201%20Identificación%20pacientes\\_v2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%201%20Identificación%20pacientes_v2.pdf)>[Fecha de consulta: 20 agos/2012

<sup>39</sup> ibid., [en línea]. Disponible: [www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%201%20Identificación%20pacientes\\_v2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%201%20Identificación%20pacientes_v2.pdf)>[Fecha de consulta: 20 agos/2012

<sup>40</sup> Cirugía en el lugar erróneo [en línea]. Disponible: [http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%204%20Cirugia\\_v2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%204%20Cirugia_v2.pdf)> [Fecha de consulta: 20 agos/2012]

el nivel incorrecto (dedo incorrecto de la mano correcta), a la posición o el nivel incorrecto (dedo incorrecto de la mano correcta) o al procedimiento incorrecto (procedimiento quirúrgico incorrecto en el ojo correcto).

En EEUU, representan un volumen importante del pago de indemnizaciones por demandas a profesionales médicos relacionados con intervenciones quirúrgicas.

### **2.7.1 Guía de Implantación del Protocolo Universal recomendado por la Joint Commission International para la seguridad del paciente**

Con este protocolo se pretende estimular el cumplimiento de los objetivos de **sitio correcto, procedimiento correcto y persona correcta**. Ha sido elaborado tras el consenso de profesionales de múltiples especialidades y respaldado por más de 40 asociaciones profesionales médicas de EEUU.

#### **Verificación preoperatoria.**

Se debe verificar la persona, el procedimiento y el sitio quirúrgico, documentación relevante (consentimiento informado).

#### **Marcar el sitio de la cirugía:**

-No deben marcarse los sitios que no serán intervenidos.

-La marca debe ser clara (usar iniciales, un sí o una línea representando la incisión propuesta; la "X" puede ser ambigua.)

-La verificación final de la marca debe hacerse justo antes de iniciar el procedimiento.

#### **Tiempo inmediato antes de comenzar el procedimiento (cuenta atrás).**

-Debe ser efectuado un checklist en el lugar donde será realizado el procedimiento justo antes de su inicio.

-Debe involucrarse a todo el personal, mediante un sistema de comunicación activa y utilizando un documento breve que contenga:

-Identificación del paciente correcto, sitio y lado correcto, acuerdo con el procedimiento que será realizado, posición correcta.

#### **2.7.1.4 Procedimientos realizado fuera del quirófano**

La marca debe hacerse para cualquier procedimiento que incluya lados, estructuras múltiples o niveles.

El protocolo de verificación, de marca y la “cuenta atrás” debería conocerse y estar disponibles tanto en quirófano como en cualquier otra unidad donde se realicen procedimientos invasivos.

### **2.8 La Seguridad del Procedimiento Endoscópico**

En 1999 el Manual de normas y procedimientos en Endoscopia Digestiva de Axxis Gastro refiere que la seguridad de que el paciente reciba un procedimiento de alta calidad depende:

- a) El procedimiento es indicado
- b) El diagnóstico realizado es clínicamente relevante
- c) El tratamiento es apropiado
- d) El procedimiento tiene un mínimo riesgo

En cada procedimiento se considera:

- a) El papel de endoscopista
- b) Papel de asistente
- c) Staff de la unidad

Para cada procedimiento endoscópico son considerados tres períodos de tiempo:

- a) Preprocedimiento
- b) Intraprocedimiento
- c) Posprocedimiento

#### **1. INDICADORES DE CALIDAD: PREPROCEDIMIENTO**

- Indicación apropiada
- Consentimiento informado
- Situación clínica
- Evaluación de riesgos
- Antibióticos profilácticos
- Oportunidad del examen

- Sedación planificada
- Registro de anticoagulantes
- Confirmación del examen

## 2. INDICADORES DE CALIDAD: INTRAPROCEDIMIENTO

Se extiende desde la sedación, la introducción del instrumento y su retirada:

- Documentación
- Monitoreo
- Registro de medicamentos

## 3. INDICADORES DE CALIDAD: POSPROCEDIMIENTO

- Alta de la unidad
- Instrucciones de alta
- Informe del procedimiento
- Informe de patología
- Reporte de complicaciones
- Satisfacción del paciente
- Comunicación
- Plan de anticoagulación

Mediante estos pasos se tendrá en cuenta que la endoscopia no es un procedimiento sencillo sino que abarca muchas condiciones para que sea entendido como un procedimiento seguro.

## CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO DE ENDOSCOPIA BAJO EL ENFOQUE DE SEGURIDAD DE L PACIENTE

Nota: El orden de las preguntas se hicieron de acuerdo a los objetivos propuestos en este trabajo

	VARIABLE	DEFINICIONES	DIMENSIONES	INDICADORES	
				OBSERVACIÒN	GUÌA
1	<b>LAVADO DE MANOS</b>	El lavado de manos se refiere a la aplicación de una sustancia detergente, ya sea en forma de barra o gel de jabón, sobre la piel húmeda de las manos y se realiza fricción mecánica de las mismas con lo que se reduce la flora existente y contaminante manos.	a. Antes del contacto con el paciente.	EL PERSONAL DEL ÀREA DE ENDOSCOPIAS SE REALIZA UN CORRECTO LAVADO DE MANOS	1. Los mèdicos y enfermeras se realizan el lavado de manos antes y despues del procedimiento. SI___ NO___
			b. Antes de realizar una tarea asèptica		2. Los mèdicos y enfermeras utilizan jabon para lavarse las manos. SI___ NO___
			c. Despues del riesgo de exposiciòn a liquidos corporales		3. Los medicos y enfermeras utilizan gel desinfectante para lavarse las manos. SI___ NO___
			d. Despues del contacto con el paciente		4. Los mèdicos y enfermeras se cambian de guantes para realizar los procedimientos. SI___ NO___
			e. Despues del contacto con el entorno del paciente		5. Los mèdicos y enfermeras se lavan las manos despues de retirarse los guantes. SI___ NO___

2	<b>RIESGO POR INFECCIÓN DE LOS ENDOSCOPIOS</b>	Infección es la invasión de microorganismo causantes de enfermedades de los tejidos y pueden producir daño de los mismos.	a. Correcto lavado de los endoscopios antes y después de cada procedimiento	Se aplica la técnica correcta del lavado, desinfección y conservación de los endoscopios por el personal de enfermería	1. Se realiza el lavado de los tubos con cepillado. SI___NO___
					2. Se utiliza jabón enzimático para el lavado de los tubos. SI___NO___
					3. Se utiliza cidex para lavado los tubos. SI___NO___
					4. Se lavan los tubos endoscópicos entre paciente y paciente dejando 20 minutos para la desinfección SI___NO___
					5. Se cambia el cidex según la indicación del fabricante (14 días). SI___NO___
3	<b>SEDACIÓN</b>	Sedación es la reducción del nivel de conciencia inducida por medicamentos utilizados para facilitar la aceptación de los procedimientos endoscópicos.	a. Control de sedación del paciente durante la endoscopia	Se monitoriza al paciente durante todo el procedimiento	1. Se administra dosis prueba de sedación (Midazolam) al paciente: antes___durante___
					2. El oxímetro de pulso está funcionando correctamente. SI___NO___
					3. Se mantiene monitorizado al paciente en el procedimiento: SI NO
					4. Existe la medicación (lanexate) para revertir el efecto del dornicum. SI___NO___
					5. La medicación utilizada es la correcta. SI___NO___

					6. La via utilizada para administrar la medicacion es la correcta. IV___IM___
					7. Se utiliza analgesia para control de dolor post-endoscopia Si___ No___
4	<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>	Reconocer a un persona por su nombre.	A. Identificación del paciente antes del comenzar el procedimiento	Colocación de brazalete para identificar al paciente	1. Se constante que existe consentimiento informado Si___ No___
					2. Se constata que sea el paciente correcto. SI___NO___
					3. Se observa que sea el procedimiento correcto. SI___NO___
					3.Las biopsias se rotulan en el momento que se terminan las endoscopias con nombre del paciente y sitio de la toma de la muestra. SI___NO___
	<b>OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS</b>	Evento adverso es una lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial no por la enfermedad de base que conduce a una hospitalización, a la prolongación de la estancia hospitalaria, a una morbilidad o ala muerte	A. Eventos adversos	Daños en el paciente	1. Se observa durante la endoscopia si se presentan los siguiente síntomas: sangrado, dolor intenso, sedación excesiva Si___ No___
					2. Se verifica que exista registro de eventos adversos Si___ No___
	<b>MUESTRA DE HISTOPATOLOGÍA</b>	Pequeña cantidad de tejido que se extrae del organismo para ser observa mediante un microscopio		Biopsia	1. Se observa que las muestras sean correctamente identificadas Si___ No___

					2. Se observa que las muestras sean entregadas directamente en el laboratorio Si____ No____
					3. Se observa si hay registro de envío de muestras Si____ No____
					4. Se reportan oportunamente los resultados en la HCL Si____ No____

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología de Estudio**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Según lo propone Polit y Hungler (2008), se plantea un estudio de tipo descriptivo/observacional que está dirigido a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que se estudia en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando un fenómeno determinado enfocándose en las prioridades de los objetos o de las situaciones y dan como resultado un diagnóstico.

#### **3.2 Universo**

Polit y Hungler (2008) plantean que el universo es el conjunto de personas, cosas o fenómenos sujetas a investigación que tienen características definitivas y que serán objeto de estudio, por lo que el universo será el 100% (médicos, enfermeras y pacientes).

Polit y Hungler (2008) indican que la unidad de análisis son los componentes del universo sobre los cuales se medirán las variables en estudio. Estas Unidades de Análisis pueden ser de distinto tipo:

Unidades de Análisis Individuales: Son las personas

Unidades de análisis colectivas: son los grupos u organizaciones.

Productos culturales: son las normas, documentos, revistas, artículos, etc.

La unidad de análisis fueron 5 médicos y 5 enfermeras que laboran en los centros privados en la ciudad de Quito.

#### **3.4 Técnica**

La técnica a ser utilizada en este estudio es la observación directa a los pacientes y al personal de salud mientras realizan el procedimiento.

#### **3.5 Instrumento**

El instrumento a utilizarse en este estudio es una guía de observación que va dirigida a médicos, enfermeras.

El lugar en donde se va a llevar a cabo la investigación será en dos

centros médicos privados, en la Clínica Pasteur y en el Centro Médico Veris de la ciudad de Quito.

## CAPÍTULO IV

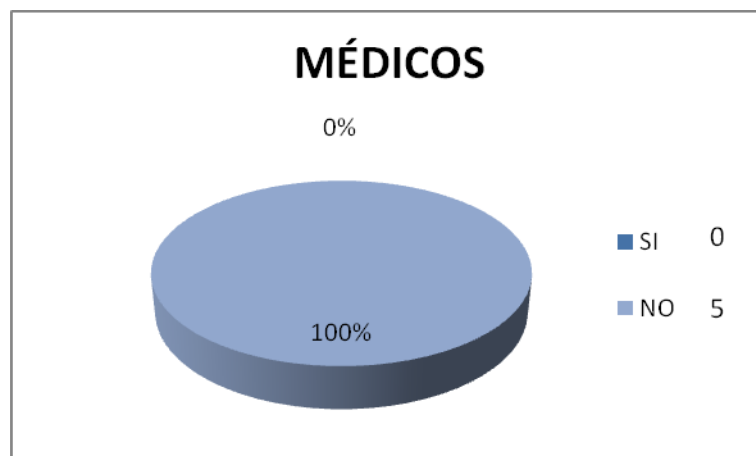
### 4. Principales Hallazgos del Estudio

De acuerdo al estudio realizado mediante las guías de observación en la ciudad de Quito, a médicos y enfermeras en dos centros privados, se obtuvieron los siguientes datos estadísticos:

#### GRÁFICO N.1

##### 1.Lavado de manos

Los médicos y enfermeras se realizan el lavado de manos antes y después del procedimiento.



FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados en la ciudad de Quito

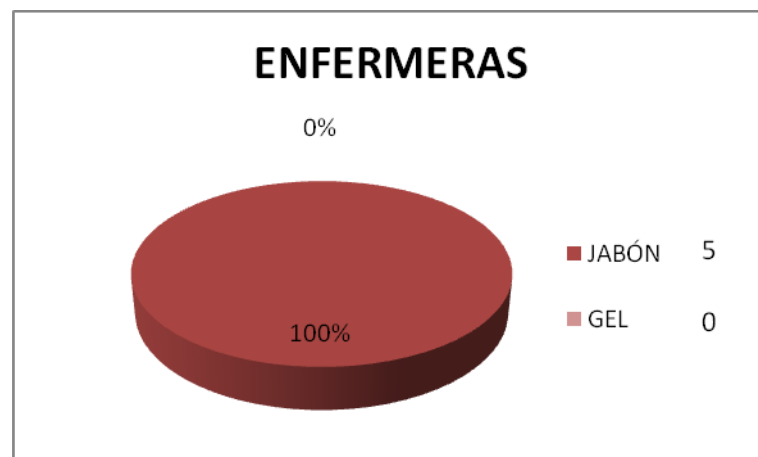
ELABORACIÓN: Autora

De acuerdo a la observación realizada a los cinco médicos, se determinan que no se lavan las manos ni antes ni después del procedimiento endoscópico ya que los mismos no concientizan que el lavado de las manos es una práctica segura para evitar infecciones y es la más sencilla de realizarla por lo tanto sería necesario que se recomiende continuamente que se debería lavar las manos antes y después de realizar los procedimientos.

En cuanto a las enfermeras se observa que las cinco enfermeras se lavan las manos antes y después del realizar el procedimiento, tres de ellas que corresponde al 60%, utilizando correctamente la técnica de lavado de manos que tiene una duración de 40 segundos logrando así una buena higiene de manos, mientras que el 40% no utiliza la técnica adecuada.

## GRÁFICO N. 2

Las enfermeras utilizan para el lavado de manos



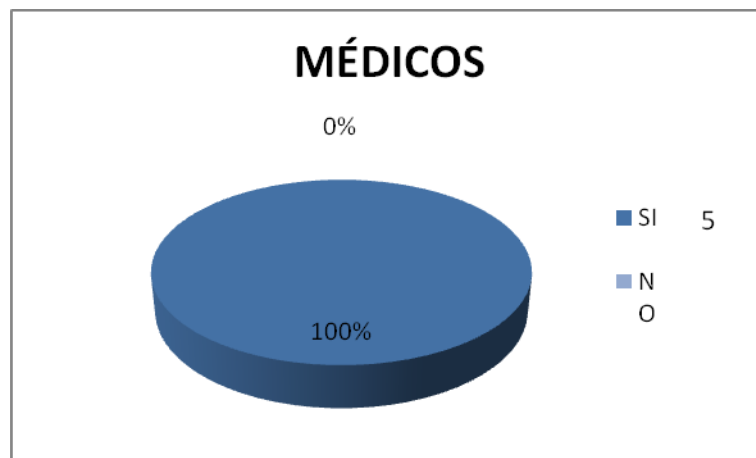
FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito.

ELABORACIÓN: Autora

De las cinco enfermeras a las que se les aplicó la guía de observación se determinó que todas se lavan las manos con jabón líquido y ninguna se lava las manos con gel aunque se ha demostrado que la utilización de gel con base alcohólica redujo las bacterias a diferencia del lavado con jabón, por lo que sería importante insistir que se use siempre el gel.

### GRÁFICO N. 3

Los médicos se lavan las manos después de sacarse los guantes



FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

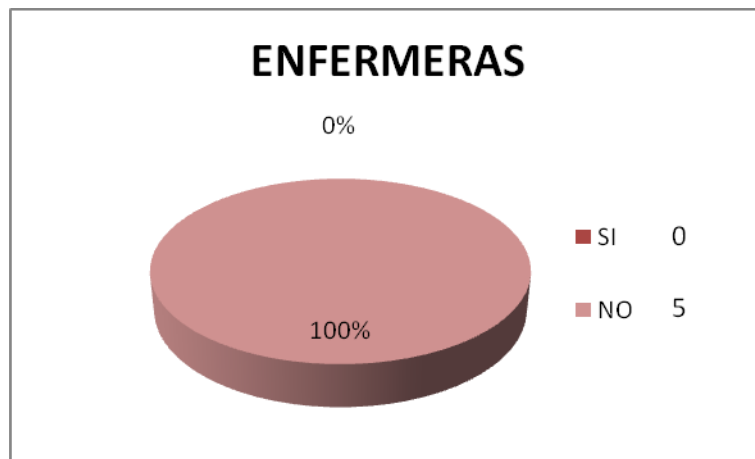
De los cinco médicos a los cuales se les aplicó la guía de observación se determinó que todos se lavan las manos después de sacarse los guantes, los guantes a pesar de ser materiales de protección tienen pequeños poros por donde pueden ingresar gérmenes y causar infecciones por lo que se deben cambiar entre paciente y paciente y no deben ser reutilizados.

Los médicos no utilizan la técnica de lavado de manos por lo que sería importante insistir en que el lavado de manos es un factor importante para evitar infecciones.

## GRÁFICO N. 4

### 2.Riesgo de Infección de Endoscopios

Las enfermeras se lavan las manos después de sacarse los guantes.



FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

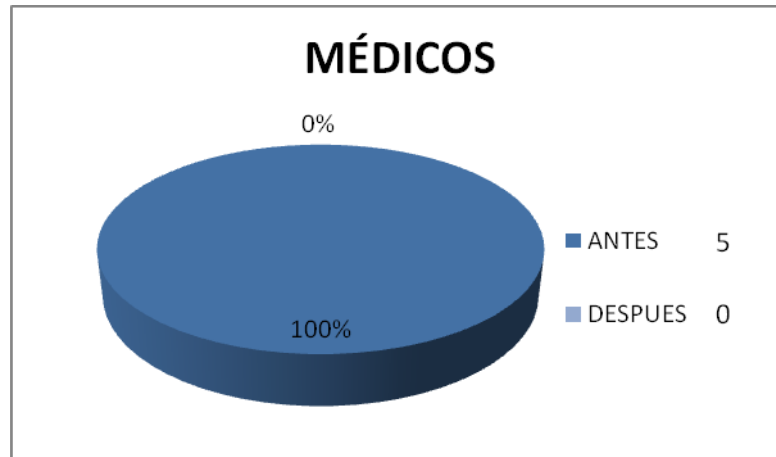
De las cinco enfermeras a las que se les aplicó la guía de observación se determinó que todas se lavan las manos después de sacarse los guantes, ya que los guantes a pesar de ser materiales de protección y al estar en contacto durante la endoscopia con fluidos del paciente como son saliva, bilis pueden producir Infecciones y es importante eliminar de la piel los microorganismos que proliferan mientras están en contacto con los guantes. Las enfermeras se cambian de guantes entre pacientes y se desechan.

También es importante comentar la limpieza de los endoscopios, puesto que si no se realiza una correcta desinfección se producirán infecciones en los pacientes, la misma que está a cargo del personal de enfermería.

## GRÁFICO N. 5

### 3.SEDACIÓN

Se administra dosis prueba de sedación (midazolam) al paciente



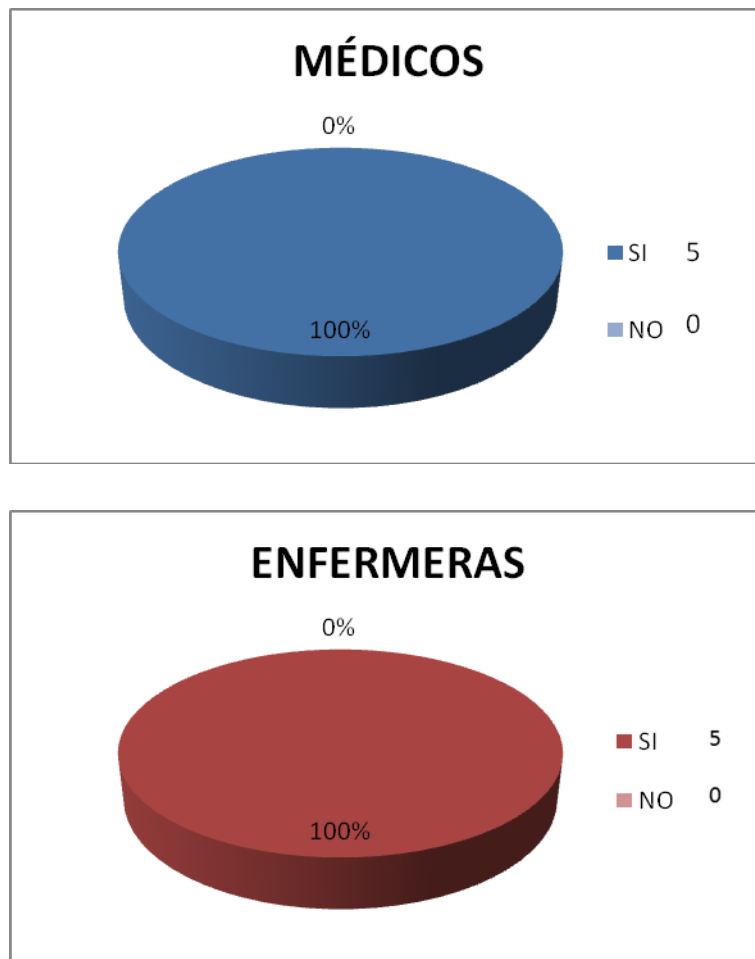
FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

De la observación realizada a médicos se determina que todos administran dosis prueba (2.5ml) antes a los pacientes a ser sometidos a una endoscopia, ya que de esta manera el médico valora si el paciente alcanza los niveles de sedación y se pueda realizar el procedimiento por ende el paciente pueda colaborar y realizar correctamente el procedimiento, dependiendo de la respuesta que presente el paciente el médico administrará la dosis completará la dosis que serían los 5 ml.

## GRÁFICO N. 6

El oxímetro está funcionando correctamente



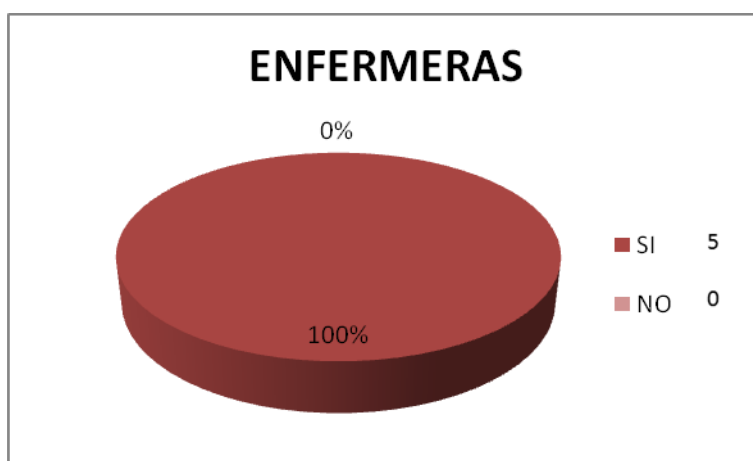
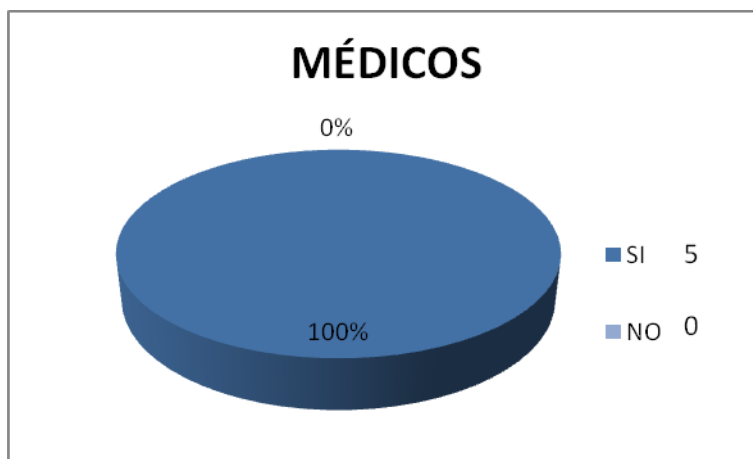
FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

De la observación realizada a los médicos y enfermeras se determina que todos controlan que el oxímetro de pulso esté funcionando correctamente ya que la monitorización de saturación de oxígeno y pulso en la endoscopia es primordial por que la sedación que se administra al paciente está reportado que actúa sobre la frecuencia respiratoria especialmente y con un control adecuado de la saturación y mediante la colocación de oxígeno el paciente permanece estable y el procedimiento es seguro.

## GRÁFICO N. 7

Nivel de conocimiento del personal en el servicio en cuanto al uso de Lanaxate para revertir el efecto del midazolam.



FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

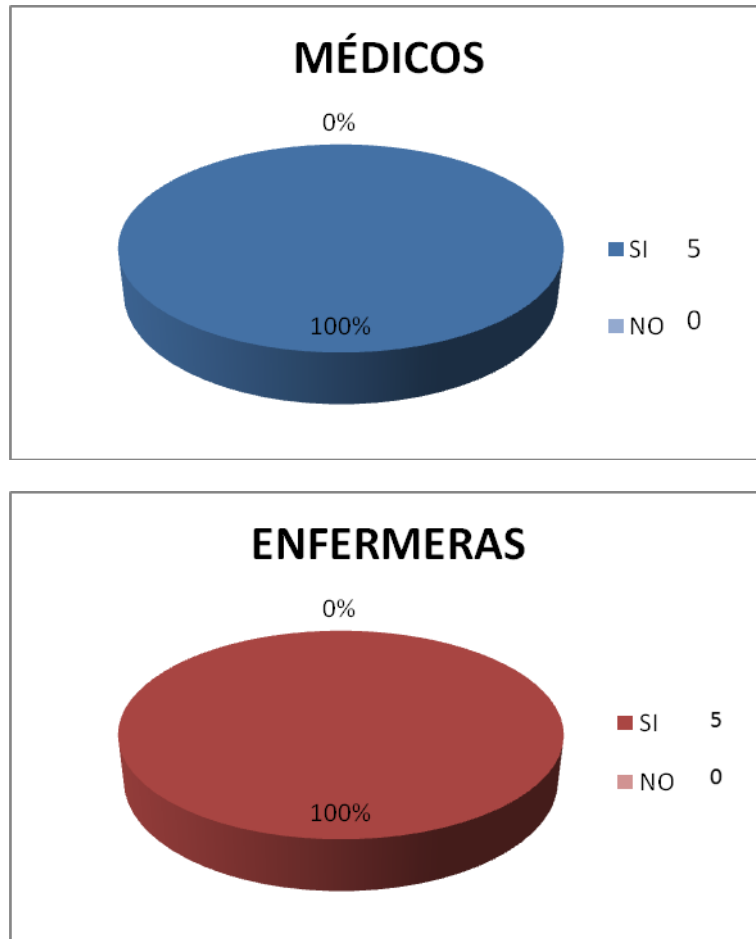
ELABORACIÓN: Autora

De la guía de observación realizada a los cinco médicos y a las cinco enfermeras todos y todas conocen que el lanexate es la medicación indicada para revertir el efecto del midazolam y siempre debe estar disponible en la unidad de endoscopia, ya que se ha demostrado que pacientes que se quedan profundamente dormidos con el midazolam se debe administrar lanexate con en dosis ig de 0.2 mg IV, repetida llega a en dosis iguales cada minuto hasta llegar a 1mg dosis total, el efecto no es instantáneo y es muy corta duración y de esta manera se logra despertar al paciente.

## GRÁFICO N. 8

### 4. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Se constata que el paciente sea el correcto.



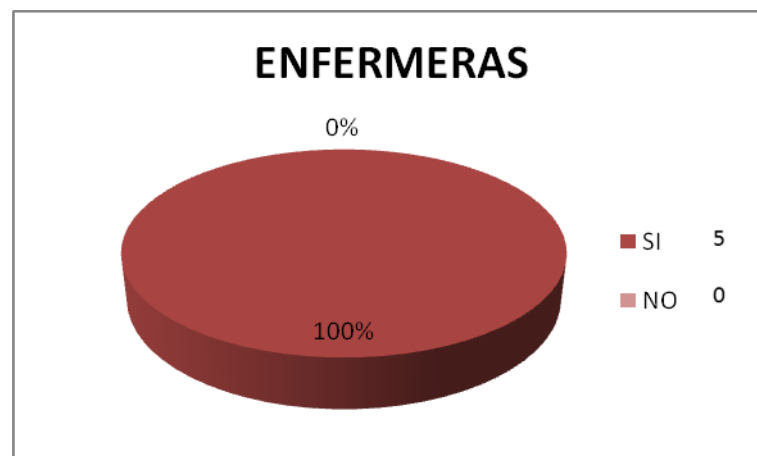
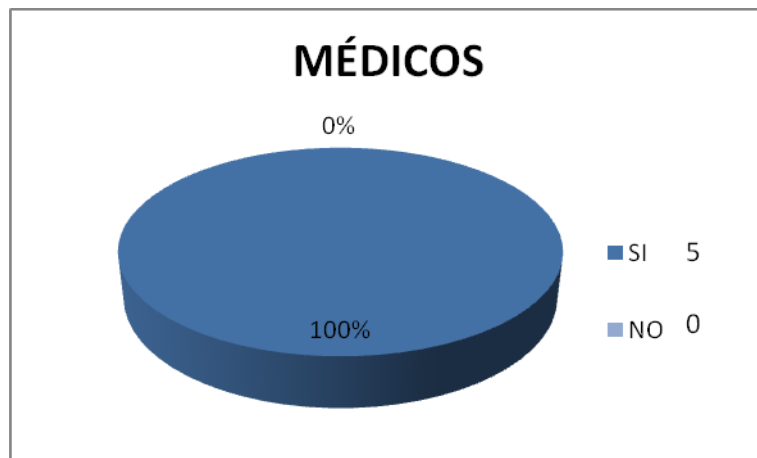
FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

De la guía de observación realizada a cinco médicos y cinco enfermeras se determina que todos verifican que el paciente al que se va a realizar la endoscopia sea el correcto por que la inadecuada identificación de pacientes puede llevar a producir errores en la administración de medicación, de pruebas diagnósticas, de intervenciones quirúrgicas, por lo tanto se debería colocar brazaletes identificativos para evitar dichos errores.

### GRÁFICO N. 9

Se constata que existe consentimiento informado.



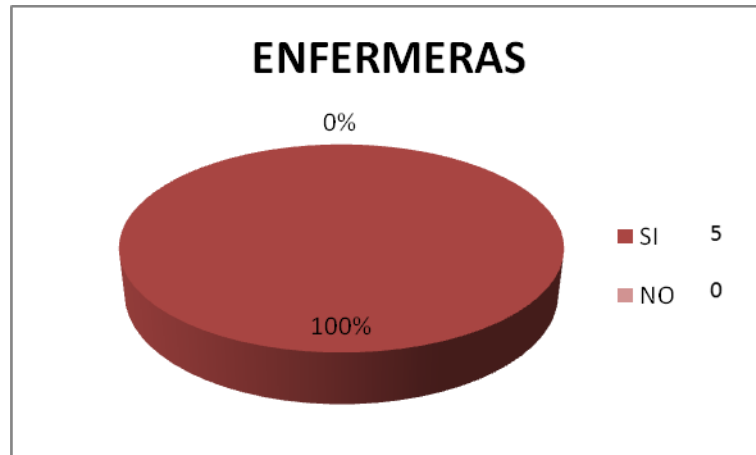
FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

De la guía de observación aplicada a cinco médicos y cinco enfermeras todos y todas constatan que existe consentimiento informado, en el cual el paciente está informado de todo lo que se le va a realizar en el procedimiento, en el cual tendrá que firmar si está de acuerdo, también el paciente está en derecho de negar si fuera el caso porque no se le explicó bien el procedimiento, los riesgos, enfermera dará más información acerca del procedimiento para que el paciente se sienta más seguro y se pueda realizar sin complicaciones dicho procedimiento.

## GRÁFICO N. 10

Las biopsias se rotulan en el momento que se terminan las endoscopias con nombre del paciente y sitio de la forma de la muestra



FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

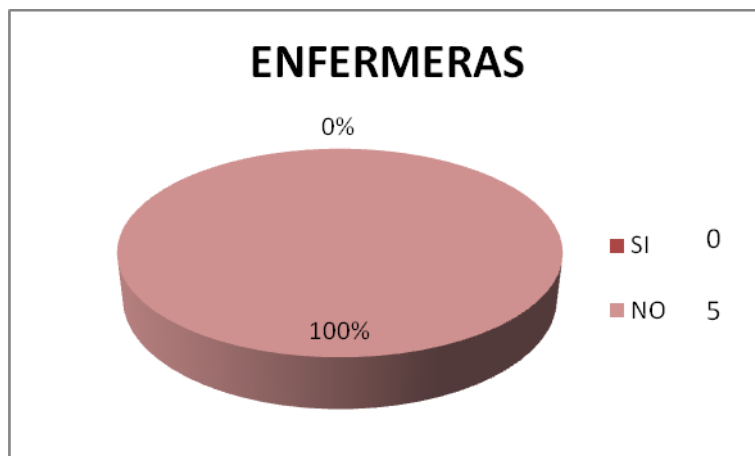
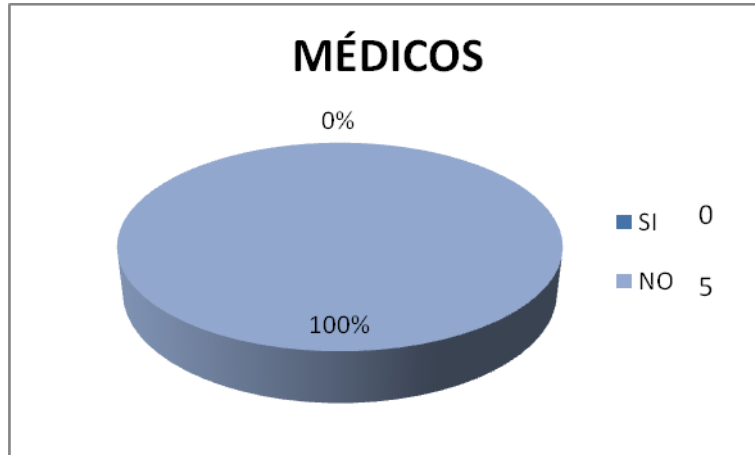
ELABORACIÓN: Autora

De la guía de observación realizada a cinco enfermeras que corresponde al 100%, todas rotulan las biopsias en el momento que se terminan las endoscopias con el nombre del paciente y sitio de la toma de muestras, se verifica que sean recibidas en el laboratorio para evitar que se pierdan mediante un registro en el cual están anotados los nombres de los pacientes.

## GRÁFICO N. 11

### 5. REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

Se verifica que exista un registro de eventos adversos.



FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

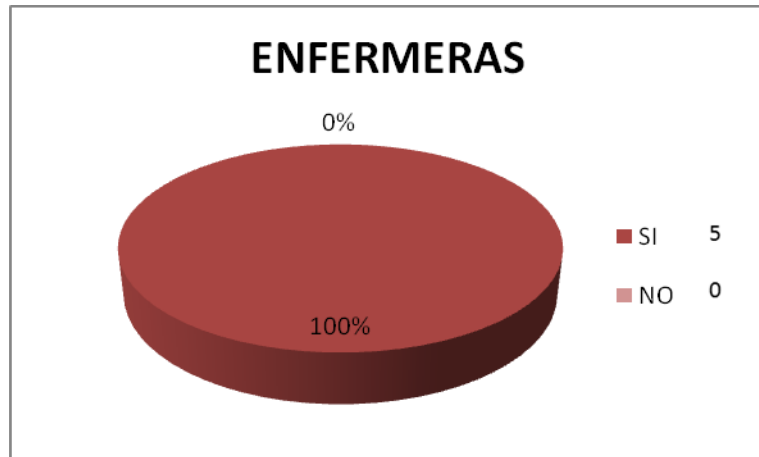
ELABORACIÓN: Autora

De la observación realizada a los cinco médicos y cinco enfermeras se determina que ninguno lleva un registro de eventos adversos, ya que este registro es de suma importancia por que de esta manera se pueden identificar eventos ocurridos y que en lo posible se evitará cometer otra vez mediante el informe al todo el personal sanitario que estuvo en el momento del evento.

## GRÁFICO N. 12

### 6. MUESTRA DE HISTOPATOLOGÍA

Se observan que las muestras sean correctamente identificadas



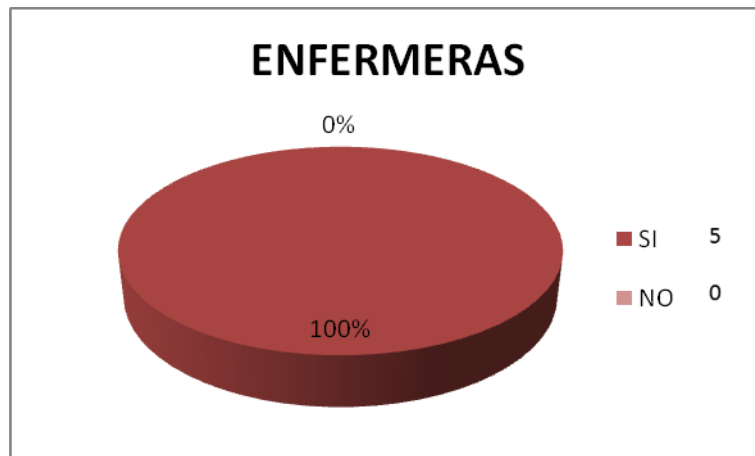
FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

De la guía de observación realizada a cinco enfermeras que corresponden al 100% se determina que todas las enfermeras rotulan correctamente las muestras, las mismas que son llevadas y registradas correctamente en el laboratorio para su análisis respectivo.

### GRÁFICO N. 13

Se reportan oportunamente los resultados de las biopsias en la Historia clínica



FUENTE: Guía de observación realizada en dos centros privados de la ciudad de Quito

ELABORACIÓN: Autora

De la lista de verificación viabilizada por la observación realizada a cinco enfermeras que corresponden al 100% se determina que se revisan en las historias clínicas que los resultados estén reportados oportunamente ya que esto indica que el paciente fue manejado correctamente, que todos los pasos anteriores fueron cumplidos adecuadamente y que el procedimiento fue seguro desde su comienzo poniendo las barreras de seguridad que fueron lavado de manos, desinfección de tubos, correcta identificación del paciente, etc.

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones

El estudio permitió desarrollar sus componentes bajo la comprensión de la importancia que tiene la calidad en salud y en ésta la seguridad del paciente, como el marco de referencia para establecer una lista de verificación que instrumentalice una práctica segura en la atención de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos digestivos.

De manera específica, se identificaron los siguientes hallazgos:

1. En relación a la técnica de lavado de manos en los dos momentos de observación estudiadas se concluye que: antes de la realización del procedimiento el total de médicos (100%) no se lava las manos, mientras que si lo hacen luego de terminado el procedimiento; a nivel de enfermeras estas se lavan antes y después del procedimiento, el hallazgo plantea un desafío a nivel del cuerpo médico ya que se está incumpliendo una de las medidas más importantes de la seguridad del paciente.

2. En cuanto a lo relacionado con el correcto lavado de los endoscopios se determina que el total de enfermeras observadas, utilizan la técnica correcta de desinfección de los endoscopios, realizando la limpieza y desinfección de los mismos con el equipo necesario para protección personal como son guantes, mascarilla, mandil y después del lavado las enfermeras se retiran lo guantes y todas se lavan las manos.

3. En relación a lo observado en cuanto a la administración de la medicación (midazolam), se determina que el total de médicos administra dosis prueba de medicación antes de comenzar el procedimiento y la completa según la reacción del paciente.

4. Durante la observación realizada no se determinan eventos adversos evidentes, en los puntos referidos a lo observable, tal es el caso de errores en la identificación del paciente, rotulación de muestras, complicación por efectos secundarios de medicación utilizada y por errores de documentación, tampoco

se conoce la existencia de registro de eventos adversos en ninguno de los dos centros.

5. A continuación se presenta la lista de verificación que contiene las principales intervenciones de enfermería a ser observadas, para garantizar la seguridad del paciente en el procedimiento endoscópico, dicha lista en su contenido refleja las recomendaciones de orden técnico, adaptado de la OMS.

La lista contiene 15 items tomados textualmente de la fuente y 8 items complementados por la autora.

6. Las enfermeras que forman parte del área de endoscopias y están involucradas en la toma de biopsias durante el procedimiento endoscópico y de acuerdo a lo que indica la seguridad del paciente, se encargan de que las muestras sean rotuladas correctamente con el nombre del paciente, sitio de toma de las muestras, fecha. Dichas muestras son llevadas al laboratorio en donde se firma un registro de paciente respaldando la identificación de las muestras.

7. Así mismo se observa que los resultados de las biopsias en las historias clínicas son reportadas oportunamente, para revisión respectiva del médico y para el paciente si los requiere.

Según la revisión del trabajo anteriormente realizado se adaptó la siguiente lista basada en la lista de verificación de la OMS (Organización Mundial de la Salud), Cirugía Segura, 2008

#### LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO SEGURO EN ENDOSCOPIA

Nombres completos del paciente:

Tipo de procedimiento:

Fecha:

##### ANTES DE LA SEDACIÓN /ENTRADA

-El paciente ha confirmado su identidad	SÍ... NO...
-El paciente ha confirmado el sitio	SI... NO...
-El paciente ha confirmado el procedimiento	SI... NO...
-El paciente ha confirmado el consentimiento informado	SI... NO...
-Demarcación del sitio /no procede	SI... NO...
-Se ha completado el control de la seguridad de la sedación	SI... NO...
-Oxímetro colocado y en funcionamiento	SI...NO...
-Tiene el paciente alergias conocidas	SI... NO...
-Vía aérea difícil/riesgo de aspiración	SI... NO...
-Hay instrumental y equipos/ayuda	SI... NO...
-Riesgo de hemorragia	SI... NO...
-Se ha provisto disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados	SI... NO...

##### ANTES DE LA ENDOSCOPIA/PAUSA QUIRÚRGICA

-Confirmar que todos los miembros de l equipo se hayan presentado por su nombre	SI... NO...
-Médico endoscopista, enfermera confirman verbalmente la identidad del paciente	SI... NO...
-Médico endoscopista, enfermera confirman verbalmente el procedimiento	SI... NO...
-Confirmar que los miembros del equipo se lavan las manos	SI... NO...
-Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales/ no procede	SI... NO...

##### DURANTE LA ENDOSCOPIA

-La enfermera monitorea signos vitales	SI... NO...
-La enfermera registra complicaciones si las hubiera	SI... NO...
-la enfermera motiva al paciente para que colabore	SI... NO...
-La enfermera controla el correcto funcionamiento de los aparatos	SI... NO...
-La enfermera controla la posición adecuada del paciente	SI... NO...

##### ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DE LA ENDOSCOPIA/ SALIDA

-La enfermera confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado	SI... NO...
-La enfermera confirma verbalmente con el equipo el etiquetado de las muestras (nombre del paciente)	SI... NO...
-Si hay problemas que resolver con el instrumental y los equipos	SI... NO...
-El médico, la enfermera revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente	SI... NO...

##### DESPUÉS DE LA ENDOSCOPIA

-La enfermera hace vigilancia del paciente debido a la anestesia /sedación	SI... NO...
-La enfermera realiza un correcto lavado de los endoscopios y accesorios (pinzas de biopsia)	SI... NO...
-La enfermera llena hoja de registro: hora de llegada, SV, medicación	SI... NO...

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL ANESTESIOLOGO

FIRMA DE LA ENFERMERA

FUENTE ELABORADA POR LA AUTORA

## **CAPÍTULO VI**

### **6.Recomendaciones**

Mantener las prácticas seguras en la atención de los pacientes es el principal desafío que tienen todos los profesionales de la salud en los procesos asistenciales. La atención segura permitirá ampliar los beneficios y minimizar los riesgos y efectos adversos en los pacientes. Por ello es necesario fortalecer las competencias técnicas y operativas y derivado del estudio :

1. Se recomienda a todo el personal de salud en especial al personal médico, fortalecer el entrenamiento de la técnica de lavado de manos e institucionalizar la misma, de esta manera la atención brindada será segura y se evitarán infecciones.

2. El personal que trabaja en el área de endoscopia deberá actualizarse de manera permanente en el mantenimiento de los equipos para conseguir un correcto lavado de endoscopios y evitar infecciones relacionados con el procedimiento.

3 . El establecer de manera institucional tanto políticas como normativas e instrumentos que registren, prevengan y corrijan la presencia de eventos adversos, la necesaria implementación de barreras de seguridad, permitirá como punto de partida generar una cultura de seguridad para, lesionar o dañar al paciente.

4. Ratificando que la seguridad del paciente se constituye en una prioridad en la gestión de la calidad del cuidado que se brinda, la presencia de instrumentos como la lista de verificación que este trabajo propone para prevenir eventos adversos y plantear acciones que garanticen una práctica segura de enfermería se constituye en un punto de arranque para la identificación y gestión de eventos adversos en el área de endoscopía, debe haber un compromiso de los profesionales, prestadores de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad.

5.El personal de enfermería juega un papel vital en la mejora de seguridad y de la calidad de atención al paciente ya que estamos directamente implicadas (os) en la provisión de ambiente seguro en el cual las personas pueden desenvolverse sin sufrir daños y obtener cuidados oportunos.

6. Mediante la lista de verificación elaborada por la autora de este estudio, se contribuirá a promover a que el procedimiento endoscópico sea seguro mediante lo propuesto en la misma. Este aporte basado en la estrategia de la seguridad del paciente propone que le endoscopia sea una práctica segura mediante el cumplimiento de persona correcta, sitio correcto y procedimiento correcto. (Ver lista de verificación en la siguiente página).

## CAPÍTULO VII

### 7. Bibliografía

- Reyes, Juan. Taxonomía en seguridad del paciente: ¿Hablamos todos el mismo idioma? Disponible en Revista Paginas en furg.com: <<http://www.paginasenferurg.com/revistas/2011/junio/seguridadpaciente.pdf>>.
- Organización Panamericana de la Salud, (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, Paltex, p. 36.
- ASGE (Sociedad Americana para la Endoscopia Gastrointestinal). "Cómo se garantiza la seguridad de su procedimiento endoscópico". [en línea]. Disponible: <[http://www.asge.org/ASGE\\_Cómo\\_se\\_garantiza\\_la\\_seguridad\\_de\\_su\\_procedimiento\\_endoscópico..](http://www.asge.org/ASGE_Cómo_se_garantiza_la_seguridad_de_su_procedimiento_endoscópico..)>. [Fecha de consulta: 2011/08/30]
- Santacoloma, M. Endoscopia Digestiva Altas [en línea]. Disponible: <<http://www.encolombia.com/gastro14299endoscopia2.html>> [Fecha de consulta: 2011/11/15].
- De Gisper, C. (2010). Nuevo Manual de Enfermería. España: Grupo Océano, pag. 224.
- León, C (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana de enfermería, 22(3).
- "Enfermedades digestivas comprometen la calidad de vida". [en línea]. Disponible: <<http://noticiasus.terra.com/salud/interna/0,,O11027086- E15855.00.html>>
- Guía de manejo en gastroenterología. "Sedación en Endoscopia". [en línea]. Disponible: [http://www.encolombia.com/gastro14299\\_sedacion.htm](http://www.encolombia.com/gastro14299_sedacion.htm) > [Fecha de consulta: 21 jun/2012]
- Gastrointestinal Endoscopy. (1999). Quality Improvement of Gastrointestinal Endoscopy, Vol.4 N.6.
- La Enfermería en el acto del cuidado. "Estrategia prioritaria servicios de endoscopias digestiva". [en línea]. Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2558/2/La-Enfermeria-en-el-a...> > [Fecha de consulta: 09 agos/2012]
- Tadataka Yamada. (2009). Sedation for gastroenterology endoscopy. Pag. 9.
- Alianza mundial para la seguridad del paciente. "Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria". [en línea]. Disponible: [http://who.int/patientsafety/information.../Spanish\\_HH\\_Guidelines.pdf](http://who.int/patientsafety/information.../Spanish_HH_Guidelines.pdf) > [Fecha de consulta: 14 mayo/2011]

Cirugía en el lugar erróneo [en línea]. Disponible:  
[http://www.fadg.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%204%20Cirugia\\_v2.pdf](http://www.fadg.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%204%20Cirugia_v2.pdf)>  
[Fecha de consulta: 20 agos/2012]

Identificación de pacientes. [en línea]. Disponible:  
[www.fadg.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%201%20Identificación%20pacientes\\_v2.pdf](http://www.fadg.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%201%20Identificación%20pacientes_v2.pdf)>[Fecha de consulta: 20 agos/2012]

Guía docente. “Alteraciones gastroesofágicas.”[en línea].  
Disponible:<[http://uva.es/guía\\_docente/uploads/2012/475/46181/1/documento\\_1.pdf](http://uva.es/guía_docente/uploads/2012/475/46181/1/documento_1.pdf)> [Fecha de consulta:20 ene/2013]

WGOWEO Global Guideline. “Desinfección de endoscopios, un enfoque sensible a los recursos”. [en línea].  
Disponible:<[http://worldgastroenterology.org/assets/.../desinfección de endoscopios.pdf](http://worldgastroenterology.org/assets/.../desinfección_de_endoscopios.pdf)>[Fecha de consulta: 20 feb/2013]

Cueva, P. Yépez, J (2009). Epidemiología del cáncer en Quito, Registro nacional de tumores. Quito. Solca

Servicio de principado de Asturias. “Protocolo de lavado de manos y uso correcto de guantes en atención primaria de Asturias”. [en línea].  
Disponible:<<http://www.asturias.es/Astursalud/ficheros/ASSedpa/AsGestión>>  
[Fecha de consulta: 25 mar/2012]

Axxis Gastro, (2008), Manual de Normas y Procedimientos en Endoscopia Digestiva. Quito.

## ANEXOS



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

Mediante este documento, yo, \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del paciente con letra de molde), mayor de edad, con CI \_\_\_\_\_, legalmente capaz y en pleno uso de mis facultades mentales, sin coacción ni engaño, declaro que he acudido a la consulta del Dr. (a) \_\_\_\_\_, especialista en \_\_\_\_\_ y habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes, y examinando su diagnóstico, se me ha sugerido el tratamiento mas adecuado, explicándome además las otras alternativas existentes y se me ha advertido de los posibles efectos colaterales, de los riesgos previstos así como de las posibles molestias por causa del tratamiento, también se me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Por lo tanto, **consiento** que se me realice

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Firma del Médico

Fecha: \_\_\_\_\_

**Rechazo** el tratamiento y/o la atención médica y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN

INFORMACIÓN BASADA EN LA EXPERIENCIA DE LA OBSERVACIÓN EN EL ÁREA DE ENDOSCOPIA EN UN CENTRO PRIVADO EN LA CIUDAD DE QUITO EN EL 2013

OBSERVACIÓN REALIZADA A ENFERMERA

1. LAVADO DE MANOS

1.1 Los médicos se realizan el lavado de manos antes y después del procedimiento.

SI	NO
----	----

1.2 Los médicos utilizan para el lavado de manos .

JABÓN	GEL
-------	-----

1.3 Los médicos se lavan las manos después de sacarse los guantes.

SI	NO
----	----

1.4. Las enfermeras se realizan el lavado de manos antes y después del procedimiento.

SI	NO
----	----

1.5 Las enfermeras utilizan para el lavado de manos ..

JABÓN	GEL	
-------	-----	--

1.6 Las enfermeras se lavan las manos 

ANTES	DESPUES
-------	---------

 de ponerse en contacto con el paciente.

2. RIESGO DE INFECCIÓN DE ENDOSCOPIOS

2.1 Las enfermeras se lavan las manos después de sacarse los guantes.

SI	NO
----	----

2.2 Las enfermeras utilizan guates para lavar los tubos.

SI	NO
----	----

2.3 Las enfermeras para limpiar los tubos utilizan.

JABON ENZIMATICO	SAVLON
------------------	--------

2.4 Las enfermeras para desinfectar los tubos utilizan.

CIDEX OPA	GLUTARALDEHIDO
-----------	----------------

10 días	14 días
---------	---------

2.5 Se cambia el desinfectante según las indicaciones del fabricante.

3. SEDACIÓN

3.1 Se administra dosis prueba de sedación (midazolam) al paciente

antes	durante
-------	---------

3.2 El oxímetro está funcionando correctamente.

SI	NO
----	----

3.3 Existe medicación (Lanexate) para revertir el efecto del midazolam

SI	NO
----	----

3.4 La vía de administración de medicamento es la correcta.

SI	NO
----	----

4. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

4.1 Se constata que el paciente sea el correcto.

SI	NO
----	----

4.2 Se constata que existe consentimiento informado.

SI	NO
----	----

4.3 las biopsias se rotulan en el momento que se terminan las endoscopias con nombre del paciente y sitio de la toma de la muestra

	SI	NO
--	----	----

5. EVENTOS ADVERSOS

5.1 Se observa durante en la endoscopia si se presentan los siguientes síntomas: sangrado, dolor intenso, sedación excesiva

SI	NO
----	----

5.2 Se verifica que exista un registro de eventos adversos

SI \_\_\_ NO \_\_\_

6.MUESTRA DE HISTOPATOLOGIA

6.1. Se observan que las muestras sean correctamente identificadas SI \_\_\_ NO \_\_\_

6.2 Se observa que las muestras sean entregadas en el laboratorio Si \_\_\_ No \_\_\_


6.3 Se observa si hay registro de entrega de muestras Si \_\_\_ No \_\_\_

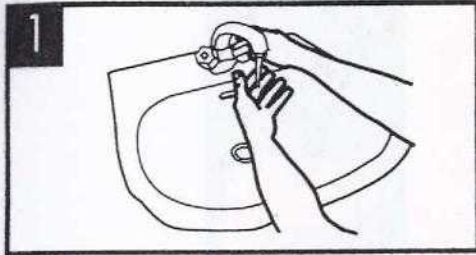
6.4 Se reportan oportunamente los resultados de las biopsias en la historia clínica  
Si \_\_\_ No \_\_\_



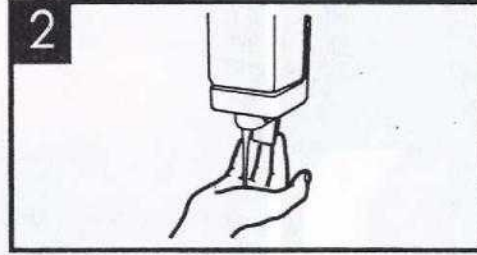
# ¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBLEMENTE SUCIAS!

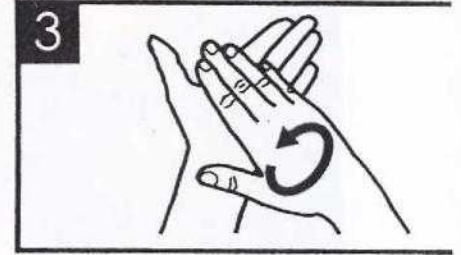
 Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



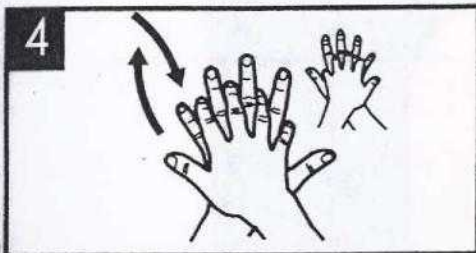
Mójese las manos.



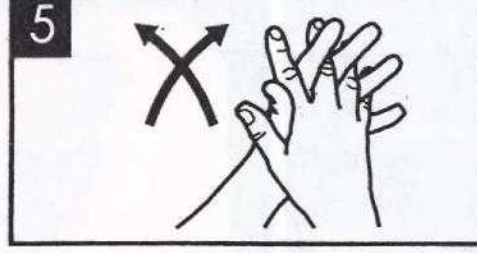
Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



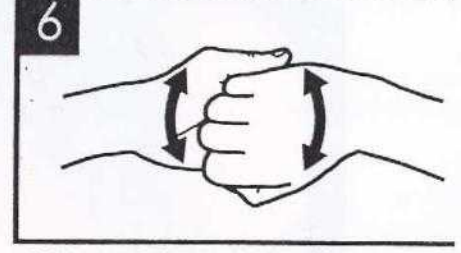
Frótese las palmas de las manos entre sí.



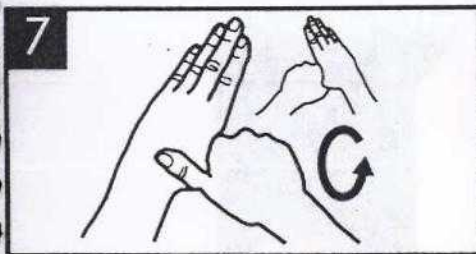
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



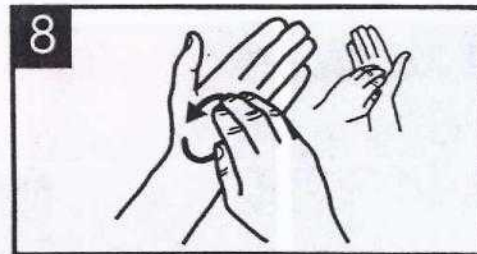
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



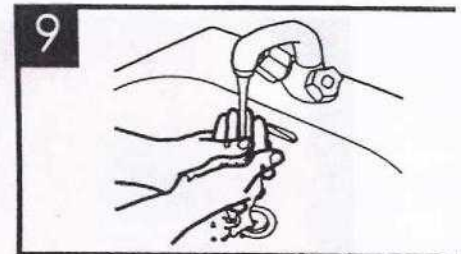
Frótese el dorso de los dedos de un mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



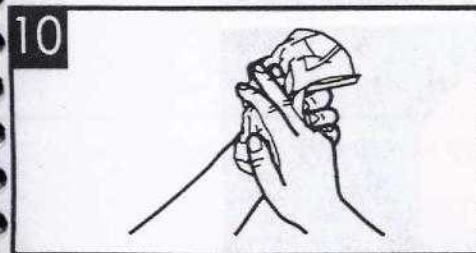
Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



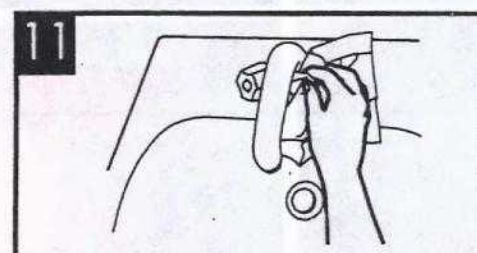
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



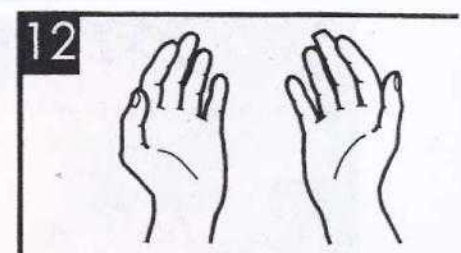
Enjuáguese las manos.



Séqueselas con una toalla de un solo uso.



Utilice la toalla para cerrar el grifo.



Sus manos son seguras.

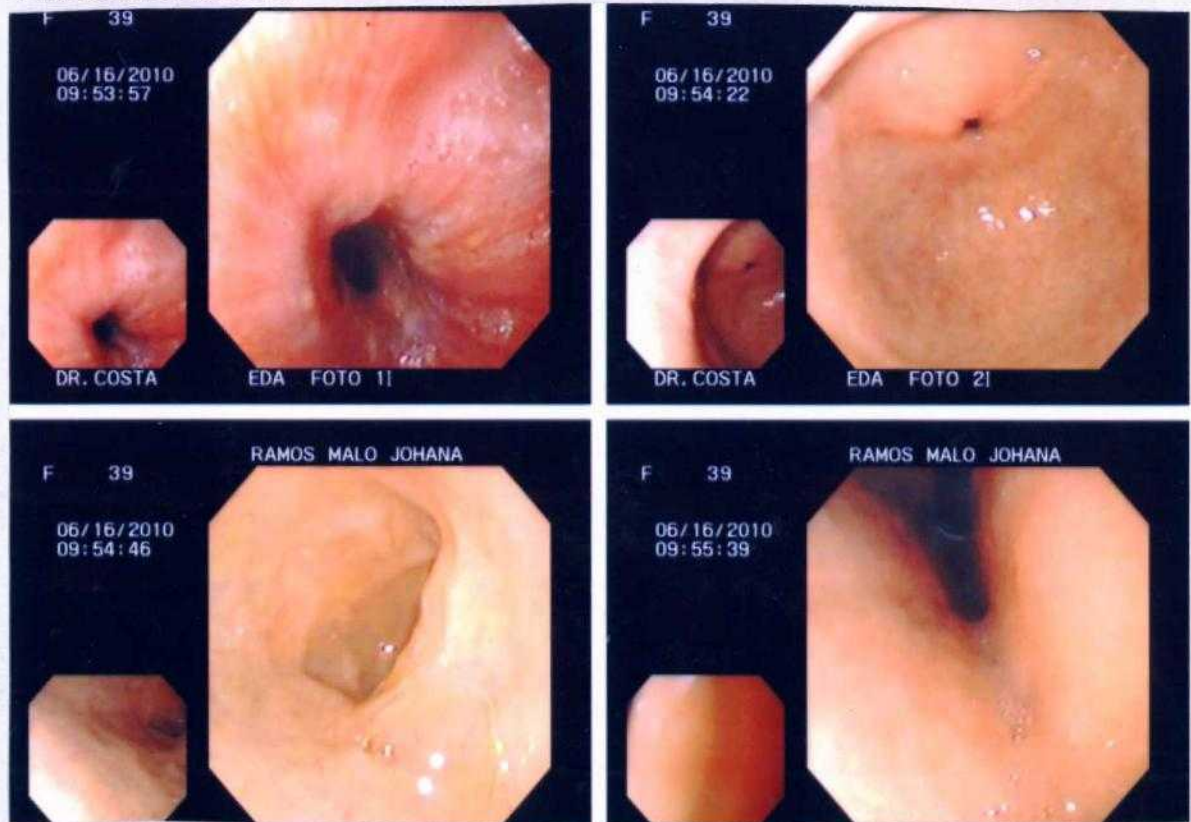
Seguridad del paciente  
Alianza mundial en pro de  
una atención de salud más  
segura

SALVE VIDAS  
Límpiese las Manos

ANEXO N. 5

Este material ha sido proporcionado por el centro en donde se realizó la observación con previa consentimiento y autorización del jefe de dicho centro

GASTRITIS AGUDA



ÚLCERA PÉPTICA

