



Segundas Jornadas de Esterilización y Desinfección



Endoscopía Duodenal y Colónica Riesgos y Prevención

Dr. Carlos Miguel Lumi

Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo"

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

ASPECTOS TÉCNICOS

- La sala de endoscopia
- Sala de recuperación
- Sala de desinfección de equipos
- Sala depósito de materiales.

EQUIPAMIENTO SALA DE ENDOSCOPIA

- Aspiración Central
- Endoscopios y fuentes de luz.
- Electrocauterio
- Accesorios de endoscopios
- Medicamentos
- Equipo de reanimación



The structure and function of the outpatient endoscopy unit. Gastrointest Endosc

LIMPIEZA DE EQUIPOS

- La endoscopía digestiva es un procedimiento invasivo (bajo riesgo infecciones)
- El lavado se realiza en forma manual (detergente enzimático)
- Alto grado de desinfección
- Secado y almacenamiento

ENDOSCOPIA

- Sedación (mejores estudios, mejor tolerados)
- La posición del paciente puede ser decúbito lateral izquierdo o en decúbito dorsal
- Ambulatorio
- Contraindicaciones

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Videoendoscopia Digestiva Alta
(Esófago-Estómago-Duodeno)

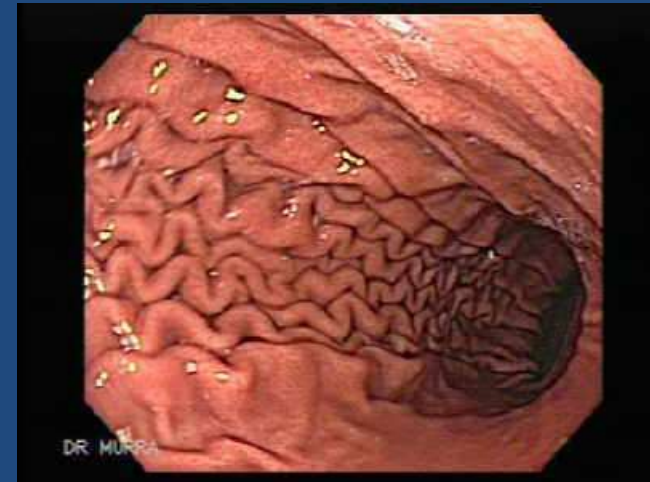
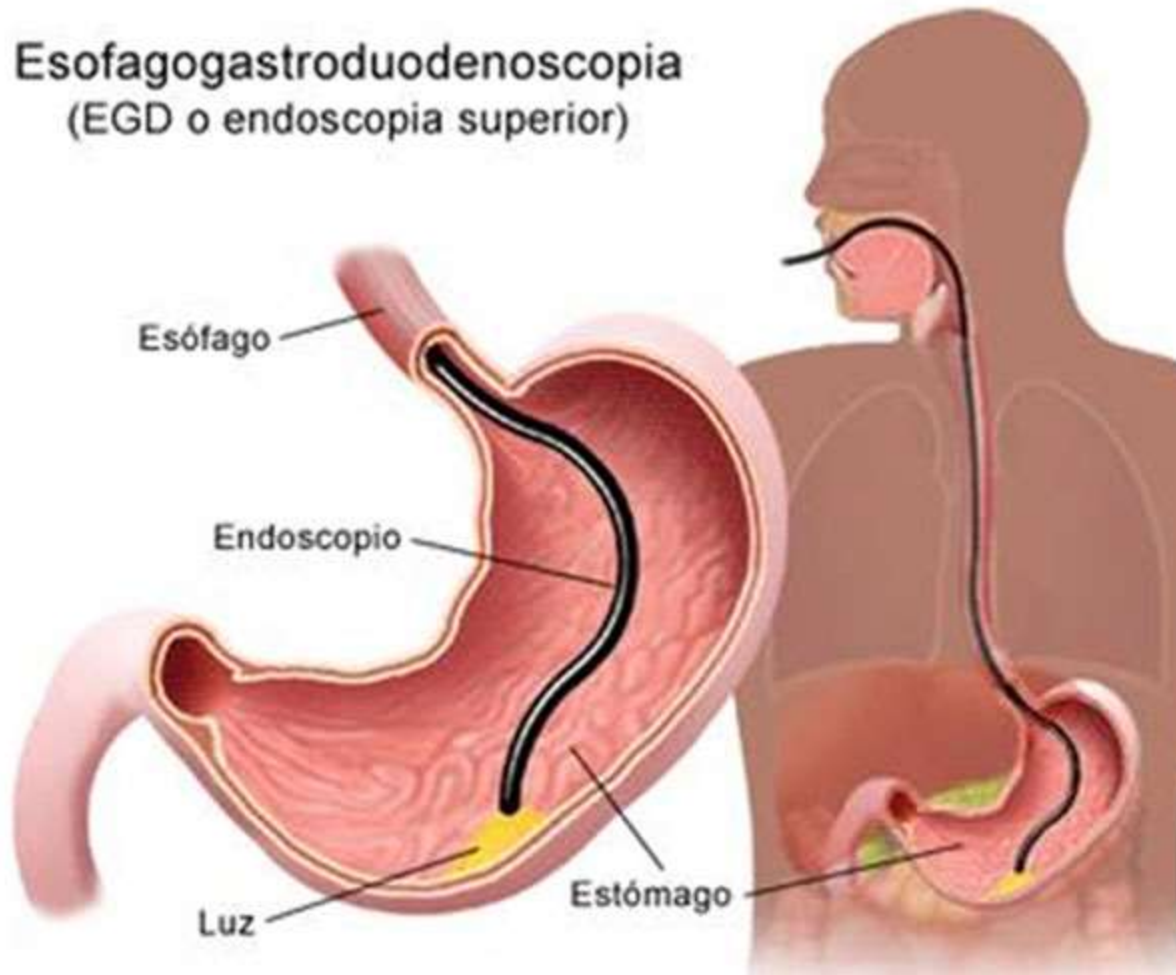
Videocolonoscopía
(Colon-Recto)



DIAGNÓSTICA

TERAPÉUTICA

Esofagogastroduodenoscopia (EGD o endoscopia superior)



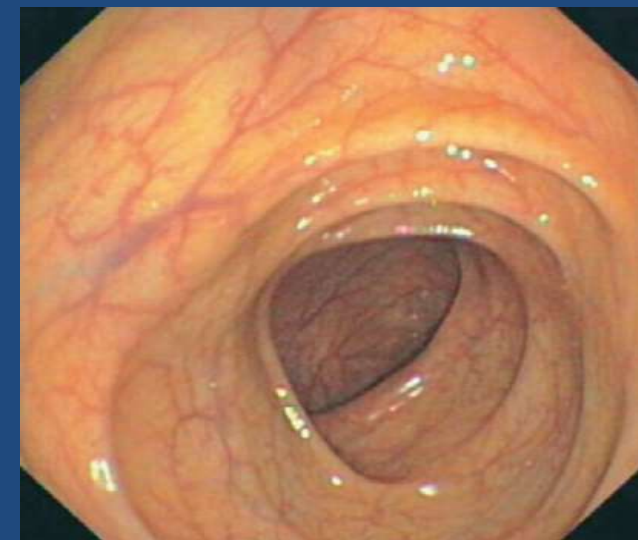
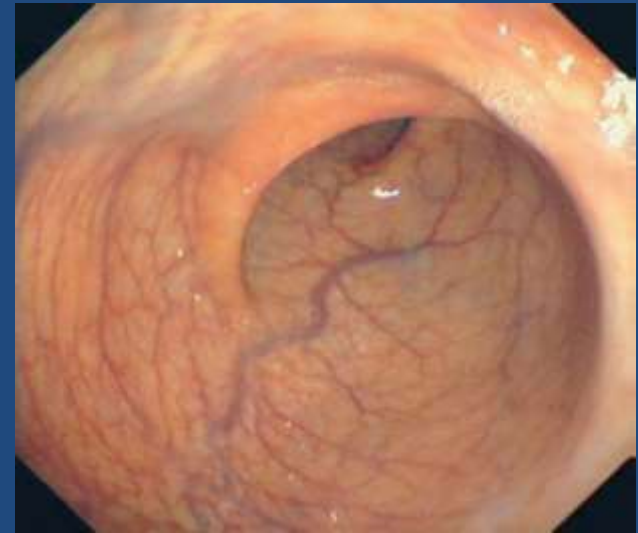
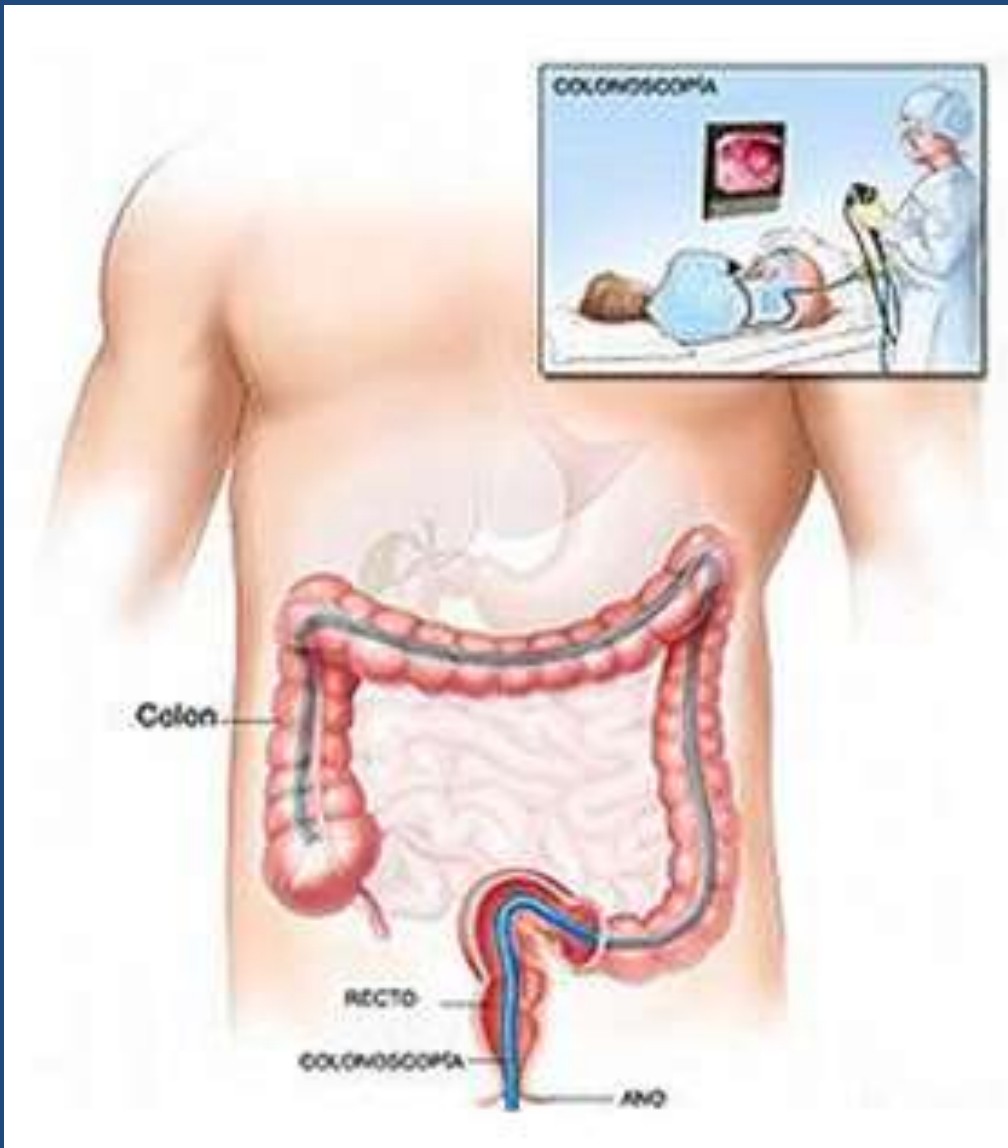
COMPLICACIONES DE LA VEDA DIAGNÓSTICA

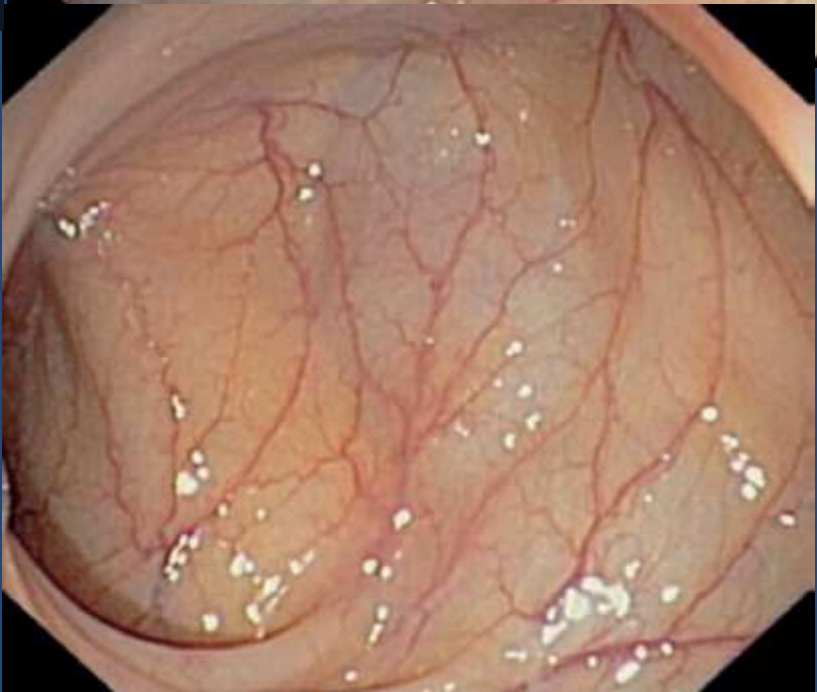
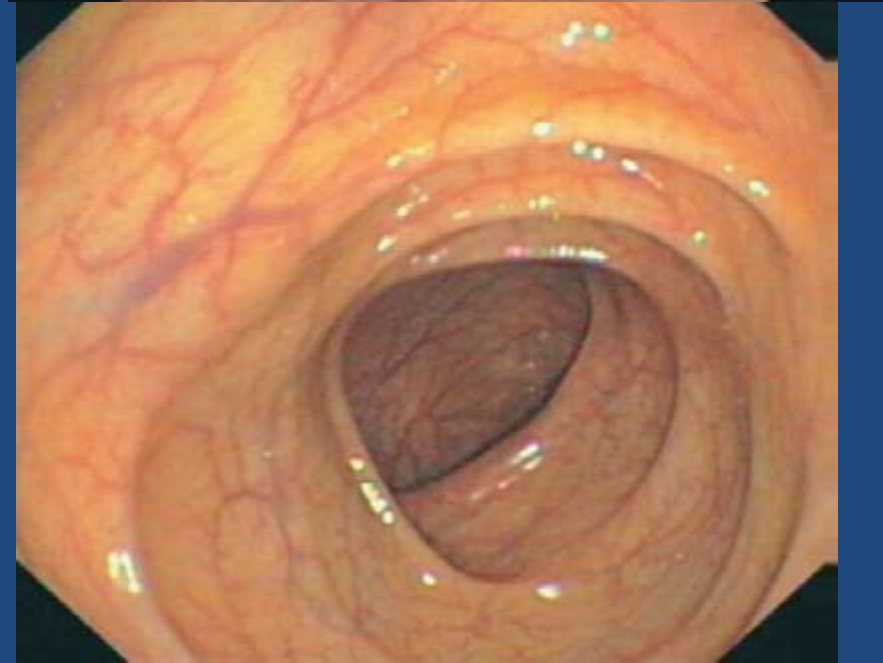
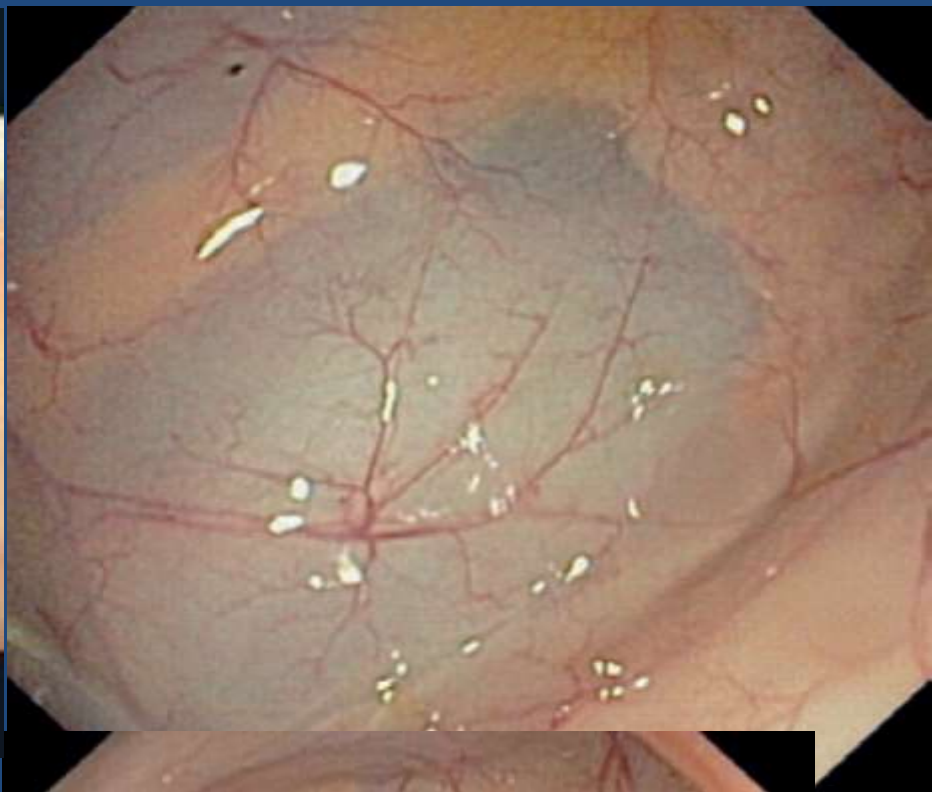
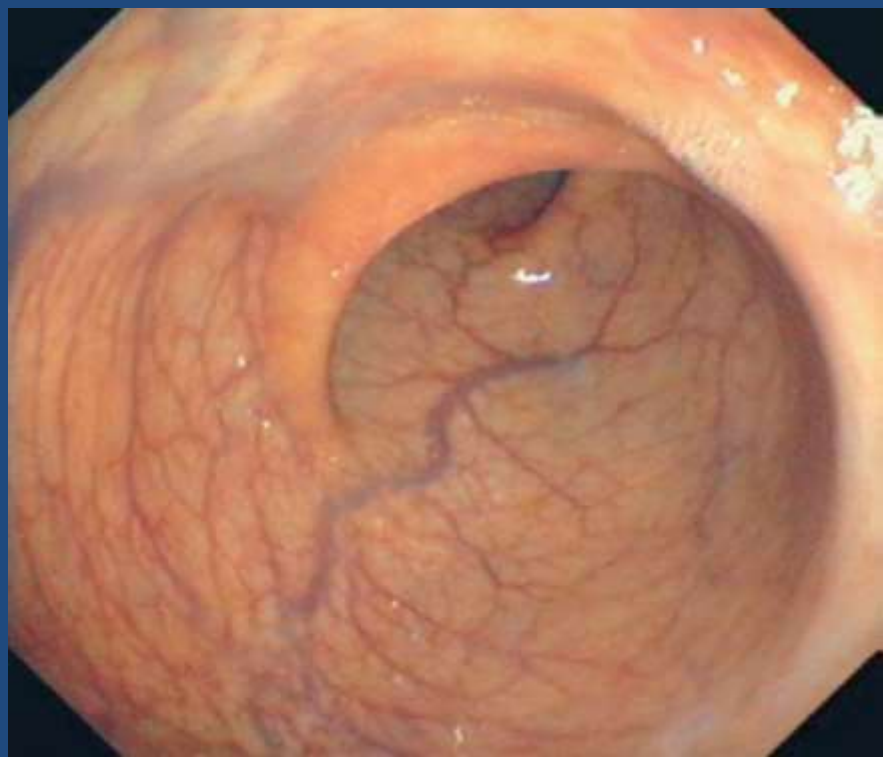
- ✓ Complicaciones menores
- ✓ Cardiorrespiratorias
- ✓ Infecciosas
- ✓ Sangrado
- ✓ Perforación

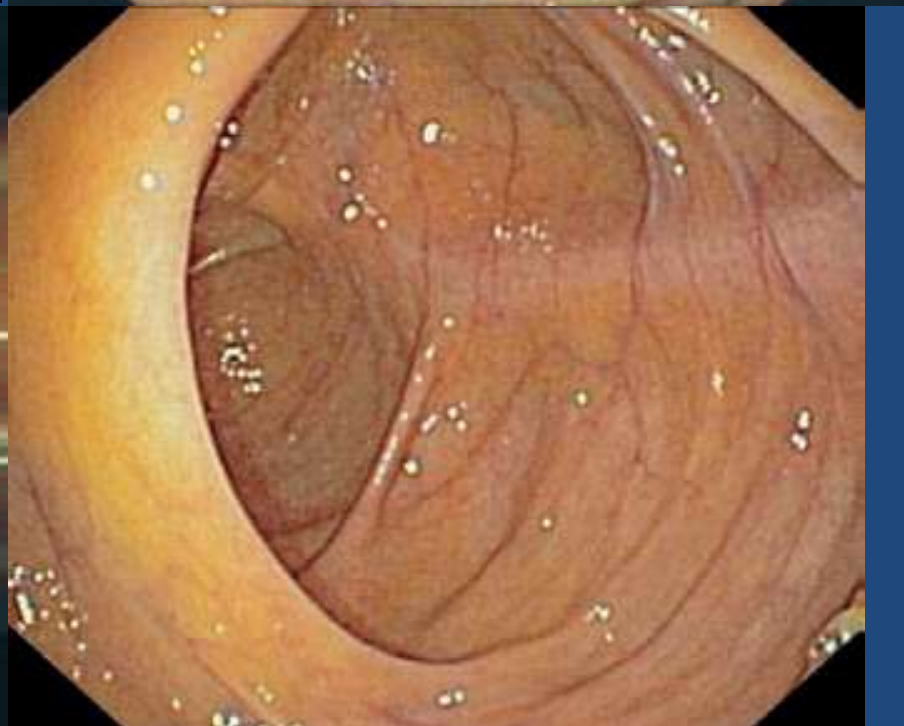
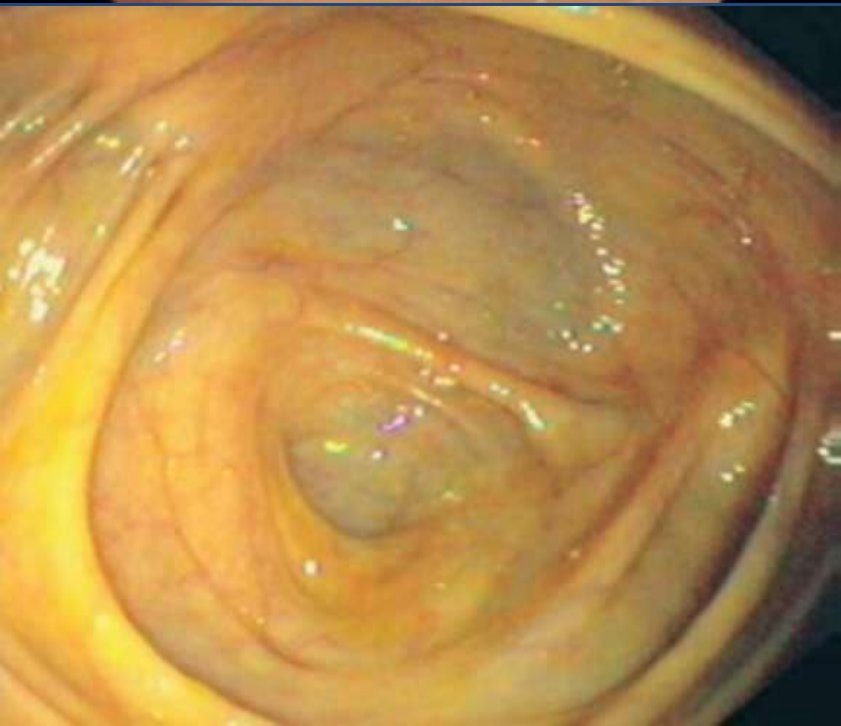
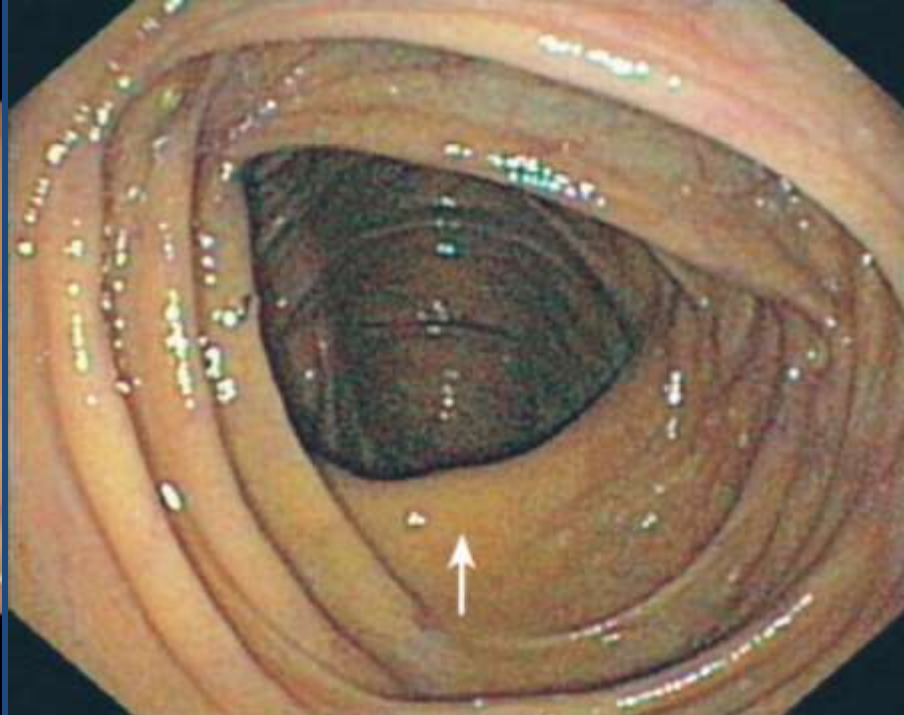
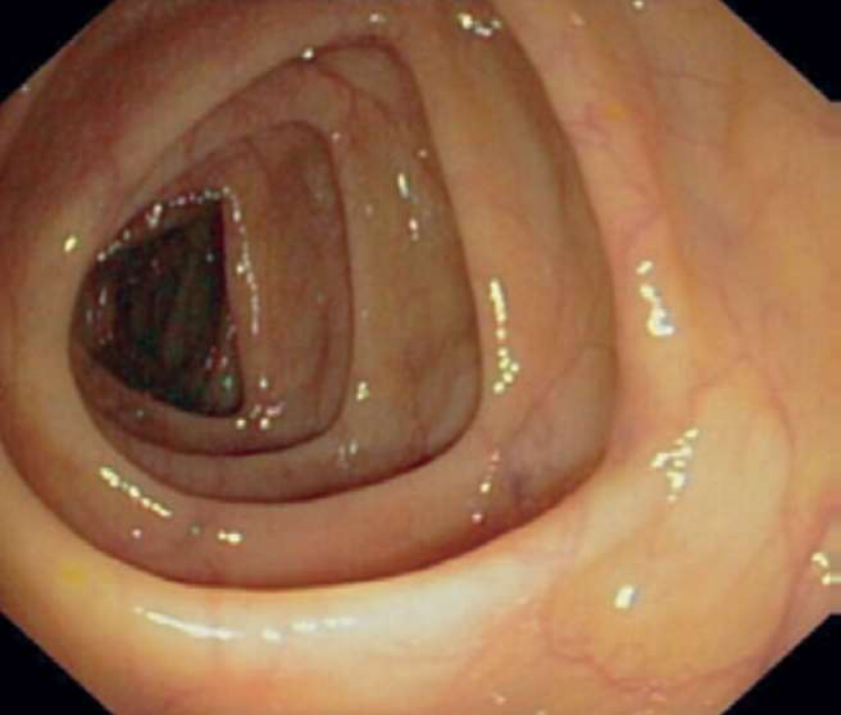
COMPLICACIONES DE LA VEDA TERAPÉUTICA

- ✓ Dilatación y colocación de stent
- ✓ Técnicas hemostáticas
- ✓ Polipectomías
- ✓ Extracción de cuerpos extraños

VIDEOCOLONOSCOPÍA







PREPARACIÓN COLÓNICA

Polietilenglicol

Fosfato de sodio (CI enfer. renales, cardíaca y hepática)

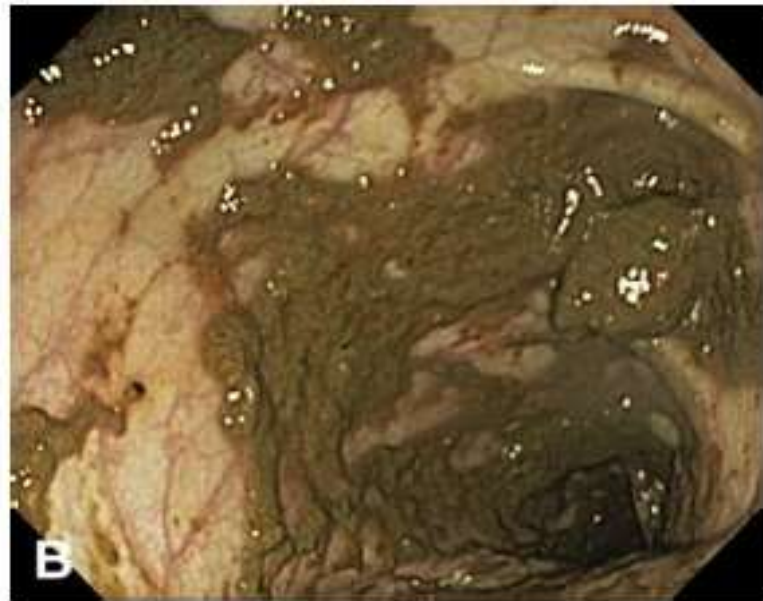
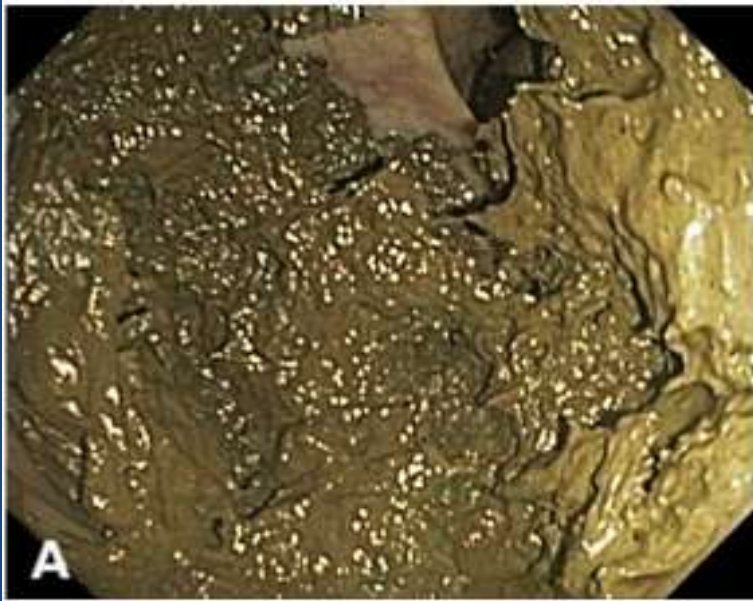
Picosulfato sódico

INDICADORES DE CALIDAD

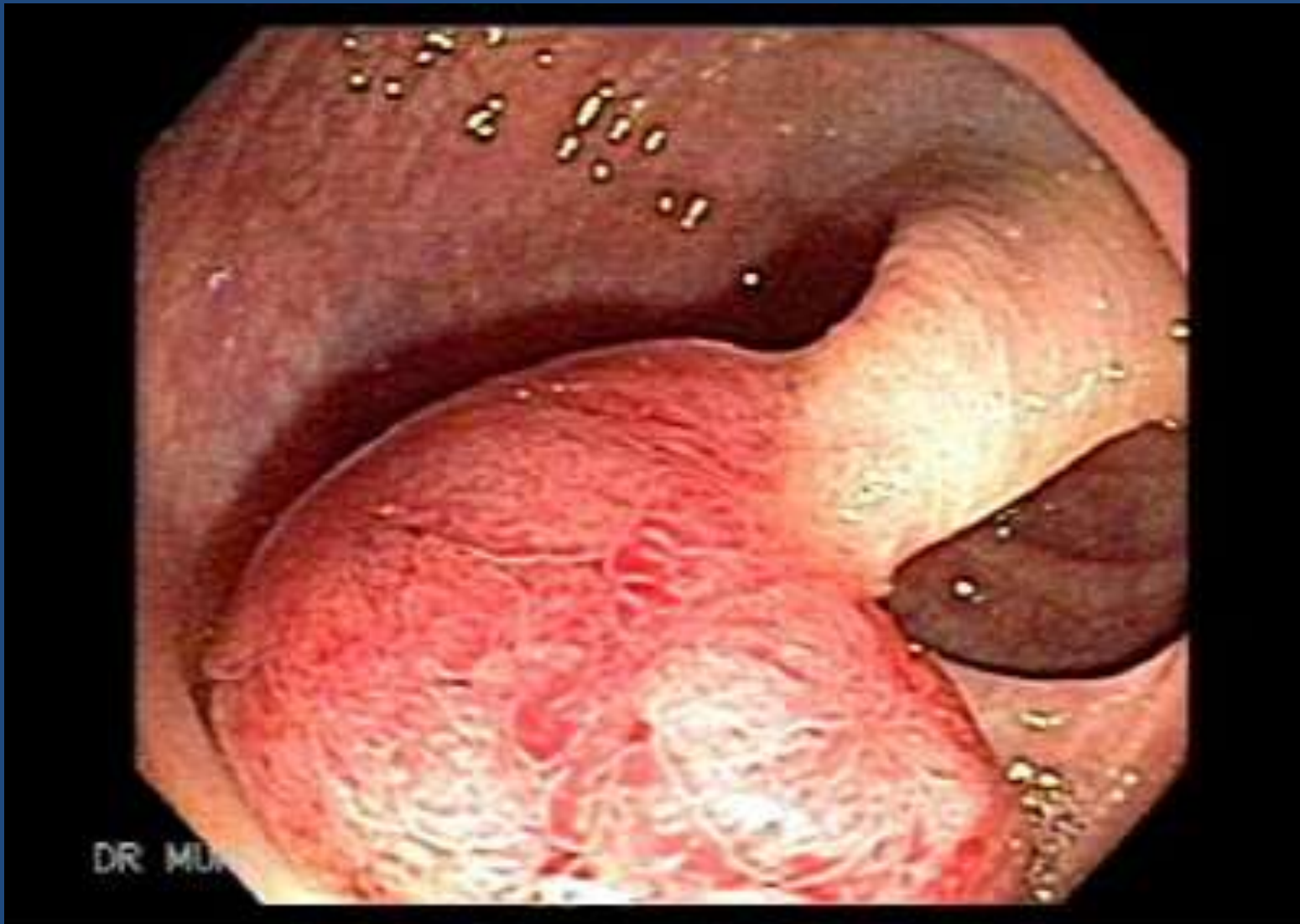
- Tiempo de espera
- Consentimiento informado
- Preparación correcta del colon
- Tasa de detección de adenomas >20% (cribado primaria) >40% (cribado secundaria)
- Tiempo de retirada del endoscopio > 6 minutos
- Tasa de intubación cecal > 95% de las colonoscopias
- Uso de sedación > 90% de las colonoscopías
- Tasa de perforación colónica < 1/1000 colonoscopias
- Tasa de sangrado post-polipectomía < 1/200 polipectomías
- Descripción de las características de los pólipos 100% de las colonoscopias
- Extirpación endoscópica de pólipos pediculados
- y sesiles/planos de hasta 2 cm > 95% de los pólipos
- Tasa de pólipos extirpados recuperados
- > 95% de los pólipos > 10 mm

ESCALA DE BOSTON

- Boston 0: mala preparación (no se puede realizar el estudio)
- Boston 1: preparación regular, hay sectores con materia fecal sólida
- Boston 2: preparación aceptable a buena, se puede evidenciar escasa materia fecal líquida
- Boston 3: preparación excelente



PÓLIPO DE COLON

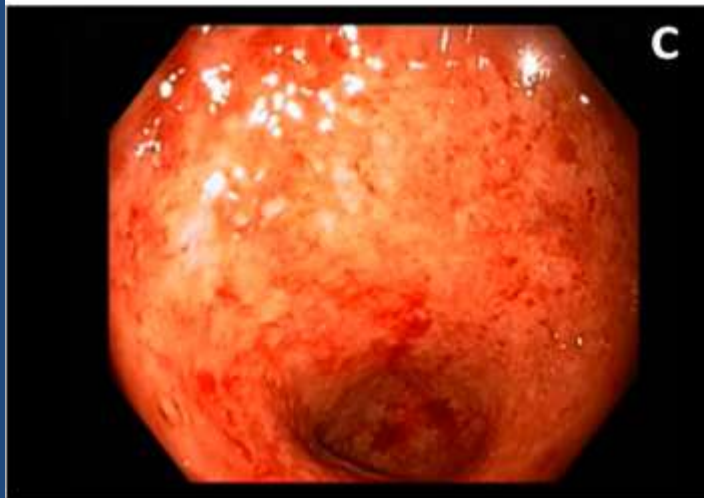


CANCER DE COLON



DR. MUNRA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA



Poliposis Adenomatosa Familiar



COMPLICACIONES VCC DIAGNÓSTICA

Complicaciones menores (34%)

Dolor abdominal y distensión abdominal

Náuseas

Sangrado

Dolor anal

80% se resuelven espontáneamente.

COMPLICACIONES VCC DIAGNÓSTICA

- La tasa de perforación relacionada con la colonoscopia diagnóstica está estimada en torno al 0,1-0,2 por 1000
- Más frecuentes recto, el sigma y el ciego.
- Si la perforación es diagnosticada durante la endoscopia puede intentarse el tratamiento mediante colocación de clips.

COLONOSCOPIA TERAPÉUTICA

- Polipectomías
- Dilatación de estenosis
- Colocación de prótesis en estenosis malignas
- Extracción de cuerpos extraños
- Descompresión de vólvulos de colon
- Hemostasia de lesiones sangrantes
- Resolución de complicaciones postquirúrgicas

POLIPECTOMÍA

- Los pólipos deben clasificarse según su aspecto macroscópico y tamaño.
- Tras la resección debe siempre explorarse la escara
- Informe aspectos morfológicos, localización de los pólipos resecados y si se recuperan para su estudio histológico.
- Siempre que se sospeche malignidad (debe tatuarse)
- Pólipos (≤ 5 mm) pinzas de biopsia c/s electrocauterio
- Pólipos de hasta 5-7 mm resección con ansa
- Pólipos planos mucosectomía (previa elevación de la lesión)
- Contraindicaciones ($1/3$ circunferencia, dos haustras, se introduce orificio apendicular)

COMPLICACIONES VCC TERAPÉUTICA

- La hemorragia es la complicación más frecuente de la polipectomía 0,3% - 6,1%
- Alcanzando 24% tras las mucosectomías o las resecciones fragmentadas
- Los factores riesgo (mayor 65 años, la presencia de enfermedad cardiovascular o renal , tamaño del pólipo > 1cm, pedículo grueso o de crecimiento lateral)

PERFORACION POST POLIPECTOMÍA

- Es menor al 1 % (más frecuente pólipos mayores de 20 mm, colon derecho)
- Factores predisponentes (edad avanzada, obesidad, diverticulosis, cirugía abdominal previa o la poca experiencia del endoscopista)
- El tratamiento habitual quirúrgico mediante cierre primario o con resección
- Síndrome postpolipectomia 1 % (quemadura transmural) dolor fiebre y leucocitosis. TAC sin neumoperitoneo. Tto conservador ATB.



INFECCIONES

Posibilidad



1 cada 1.800.000 procedimientos



0,000056%

INFECCIONES

Principal causa de transmisión



Falla en el proceso limpieza-desinfección

INFECCIONES

PREVENCIÓN

- ✓ Aplicación de procedimientos estrictos de limpieza
- ✓ Controles de calidad en los servicios de endoscopia

INFECCIONES

PREVENCIÓN

- ✓ Sala de Lavado
- ✓ Sala de endoscopia
- ✓ Almacenamiento
- ✓ Personal

INFECCIONES

CONTROL DEL PROCESO

- ✓ Inadecuado y/o insuficiente lavado/desinfección
- ✓ Contaminación del agua de aclarado
- ✓ Inadecuado transporte y almacenamiento

INFECCIONES

Paciente



Paciente

Paciente



Staff

INFECCIONES

Todas las endoscopías deben carecer de
“Riesgos de Transmisión de Infección”

¡Muchas gracias por su atención!