



Guía de técnicas en
**ENDOSCOPIA
DIGESTIVA**



Guía de técnicas en
**ENDOSCOPIA
DIGESTIVA**

Laboratorios Casen-Fleet S.L.U. no ha participado en la redacción o enfoque de este material y por ello no se responsabiliza de su contenido, siendo los únicos responsables sus autores.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2015 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-16270-19-4
Depósito Legal: M-1815-2014

Autores

Ramon Abad Belando

Hospital Cima Sanitas. Barcelona

Monder Abu Suboh Abadia

*Servei de Digestiu-Endoscopia. Hospital de Vall d'Hebron.
Clínica Delfos/Clínica Diagonal (Endosmedicina). Barcelona*

Alexandra Aldana Grisales

Hospital Cima Sanitas. Barcelona

Joaquín Balanzó Tintoré

Hospital Cima Sanitas. Barcelona

Domingo Bargalló Carulla

Clínica Delfos/Clínica Diagonal (Endosmedicina). Barcelona

Ana Bargalló García

*Hospital Público de Sant Joan Despí Moises Broggi.
Clínica Delfos/Clínica Diagonal (Endosmedicina). Barcelona*

Ferran Cases Boixareu

Policlínic Torreblanca. Sant Cugat del Vallés

Indira Dautovic

Hospital Cima Sanitas. Barcelona

Eduard Espinet Coll

Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona

Josep M. Miquel Colell

Clínica Delfos (Endosmedicina). Barcelona

Javier Nebreda Durán

Hospital Universitario Quirón Dexeus. Clínica Diagonal (Endosmedicina). Barcelona

Xavier Puig Torrus

Hospital de Barcelona (Histopat). Barcelona

José C. Salord Osés

Clínica Tres Torres. Barcelona

Marian San José Mataró

Institut de Patologia Mèdica-digestiva San José. Clínica Sant Jordi. Barcelona

Carme Vila Lolo

Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona

Prólogo

Desde **ENDOCAT**, la Asociación de Endoscopistas de Cataluña, que como es sabido es una entidad exenta de lucro y que persigue el buen hacer de los endoscopistas, deseamos hacer llegar nuestras inquietudes a las entidades de seguro libre que, bien posicionadas y sensibles a la situación actual, probablemente van a tener un papel relevante en un futuro no muy lejano.

En el área de la gastroenterología, deseamos contribuir en nuevos enfoques y modelos de gestión sanitaria que, potenciando el diálogo y el consenso, busquen la máxima eficiencia y eficacia dentro de un orden ético, moral y deontológico, persiguiendo por encima de todo la excelencia en la práctica de la endoscopia digestiva.

Uno de los objetivos de este libro es el de presentar las más habituales técnicas endoscópicas que se desarrollan a partir de las tres exploraciones básicas, esto es; la endoscopia alta (esófago-gastro-duodenoscopia), la endoscopia baja (colonoscopia) y la duodenoscopia. Ello es de interés para la organización, desarrollo y gestión de los servicios de endoscopia.

Es conocido que la endoscopia en general y la endoscopia digestiva en particular, reduce la morbi-mortalidad de los pacientes y abarata los costos hospitalarios. Sin duda, el endoscopista sénior, que es capaz de aplicar la mayor gama de técnicas endoscópicas, reduce dichos costes si lleva sus conocimientos a niveles de excelencia. Como aval y sin ir más lejos, recordemos que tan solo la polipectomía endoscópica básica practicada por la mayoría de los endoscopistas es capaz, según diferentes series publicadas, de curar, totalmente, alrededor del 15 % de todos los cánceres de colon que se diagnostican mediante la práctica de polipectomía endoscópica. Estos pacientes no precisarán cirugía, quimioterapia o radioterapia y se marcharán a su casa después de unas horas de control en *recovering* tras una polipectomía ambulatoria básica.

Sin embargo, llama la atención que algunas entidades de seguro libre no contemplen en sus baremos muchas de las técnicas endoscópicas que se practican o que las contemplen con una cierta minusvalía reflejada en la relación pecuniaria descaradamente baja de los baremos. También hemos comprobado que los ba-

remos de algunas entidades presentan cifras diferentes, según se apliquen en una comunidad autónoma u otra y que, incluso dentro de una misma comunidad, dichas cifras varían según sea una provincia u otra.

Y llama la atención, porque es bien sabido que un diagnóstico endoscópico es, como poco, definitorio de ausencia de patología, como mucho diagnóstico de patología, en cualquier caso siempre preventivo y si además es posible la terapéutica endoscópica, coincidiremos en que es más rentable que un tratamiento quirúrgico.

El exceso demográfico y el aumento de población no activa nos presenta, en estos momentos hostiles, una sanidad universal con un presente lábil y con visos de un futuro incierto probablemente exento de gratuidad total. Por ello es probable que las entidades de seguro libre tengan en un futuro próximo la responsabilidad de un papel destacado en la sanidad pública. Prevenir parece en estos momentos prioritario. Se dice que al marino previsor, la tempestad le coge en la taberna del puerto y algunos pensadores, como André Gluksman, señalan que *"el hombre debe adelantarse a los acontecimientos aunque sea solo por prudencia"*. Sin duda, la mejor definición de revolución es la que la define *"como una evolución que no se supo hacer a tiempo"*. Sabemos que tomar decisiones adelantadas no es fácil, pues la tónica del día a día favorece el mantener estables situaciones ya establecidas, especialmente si, como ocurre a menudo, se anteponen conceptos economicistas de corto plazo a criterios médicos. Pero hay que intentarlo.

En la práctica de la endoscopia del día a día, la patología surge y nos sorprende con múltiples y variadas presentaciones que nos exigen rápidos e imprevistos cambios de estrategia no escritos. En estos casos hay que tomar decisiones no anunciadas, utilizando con criterio, habilidad y prudencia, todos los recursos que la endoscopia brinda. Así, se procede a utilizar prótesis, guías, dilatadores, colorantes, marcadores, asas, pinzas, cestas, clips, catéteres, sondas... Se coagula, se corta, se fulgura, se reseca, se sutura, se clampa... y siempre alcanzando el interior del aparato digestivo desde el exterior del paciente, desde más de un metro de distancia, con un endoscopio flexible y móvil que no es fácil de manejar. Todo ello con el rigor de la evidencia científica pero con la sabia flexibilidad de la experiencia.

Sin ir más lejos, realizar la mucosectomía de un cáncer precoz gástrico, exige conocer la morfología de este cáncer incipiente, los criterios anatomopatológicos, manejar técnicas de eco-endoscopia y disponer de la experiencia, habilidad y material suficiente para extirparlo. Por ello es importante que el endoscopista disponga no solo de los medios y recursos, sino también de apoyo, reconocimiento y por supuesto de una justa remuneración por parte de las entidades de seguro libre para las que trabaja.

Por todo ello, creemos que una entidad de seguro libre de prestigio debe, no solo contemplar las técnicas básicas de diagnóstico y tratamiento endoscópico, sino también promover, proteger, impulsar e incentivar todas aquellas técnicas de vanguardia que llevan a una endoscopia de máxima calidad y resolución. De no

hacerlo así, no debe extrañarnos que muchos digestólogos, versados y capaces, limiten su actividad a la rutina de la tríada básica de gastroscopia, colonoscopia y polipectomía. Máxime, si tenemos en cuenta que las técnicas habituales y especiales que presentamos en este libro no se hallan exentas de riesgo, por lo que es probable que algunos endoscopistas puedan caer en la tentación de abstenerse de realizar técnicas terapéuticas de alto nivel y riesgo, practicando una medicina defensiva que ponga a salvo su *curriculum*, su prestigio y por qué no, sus coronarias.

Deseamos que este manual enseñe a los juniors, ayude a no olvidar a los seniors y contribuya al buen hacer de los gobernantes. En definitiva, que contribuya a una mejor sanidad.

Dr. Ramón Abad Belando

Presidente saliente de ENDOCAT

Introducción

La endoscopia ha sido, en los últimos 50 años, el avance más importante en la especialidad de Aparato Digestivo. Ser capaces de ver lo que antes sólo se podía intuir ha sido determinante. La endoscopia permite, pues, objetivar y definir lo que ve, catalogar, diferenciar lo maligno de lo benigno, e incluso permite curar, por lo que el ahorro en vidas y dinero ha sido espectacular. "Extirpar un pólipo hoy es evitar un cáncer mañana" y esto, en los tiempos que corren, es especialmente significativo.

La palabra endoscopia procede del griego *endo* y *skopia*, esto es "examen visual desde dentro". Sin embargo para algunos, incluso médicos, la nomenclatura más básica puede ser origen de confusión. Así pues, es frecuente utilizar la palabra "endoscopia" como sinónimo de "gastroskopia", o "colono" como sinónimo de "colonoscopia". Asimismo, algunos expertos gustan de permitirse algunas licencias en el léxico relacionadas con la gastronomía y denominan con humor, "imagen en queso de Gruyere" a la diverticulosis numerosa, "salami" a la úlcera bulbar en vías de resolución, o "crep" a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Sin duda la gastronomía y la morfología endoscópica tienen puntos de encuentro y no solo en buenos restaurantes. Por ello, licencias aparte y entre otras cosas, uno de los objetivos de esta publicación es poner nombre preciso a la endoscopia y a sus técnicas derivadas.

Existen muy diversas técnicas endoscópicas tanto diagnósticas como terapéuticas y cada día se incorporan más. Este pequeño texto pretende, simplemente, ponerlas al día, ordenarlas, hacerlas asequibles a la consulta rápida del día a día y disponer de un nomenclátor lo más unificado posible. En él presentamos y definimos cada una de dichas técnicas, el material necesario para poder llevarlas a cabo y explicamos pequeños trucos y curiosidades, derivados de la experiencia de los endoscopistas que han colaborado en el texto.

Desde ENDOCAT, deseamos que todo aquel que se halle relacionado con el mundo de la endoscopia, como los propios médicos, el personal de enfermería y auxiliares, el personal administrativo y directivo de los centros hospitalarios y en general todo el personal implicado, tanto de la empresa privada como de la pú-

blica, pueda disponer de un catálogo de consulta rápida en el que estén recogidas todas las técnicas que realizamos día a día, en la mayoría de nuestras Unidades de Endoscopia.

Derivados de la propia filosofía y objetivos de ENDOCAT, tenemos un especial interés en que este libro ayude a las Entidades de Seguro Libre a la actualización de sus baremos, muchos de ellos como comprobamos a diario, desfasados y obsoletos que encorsetan y dificultan la actividad del endoscopista. En ocasiones no se ajustan a los conceptos, se alejan de la actualidad y no valoran el riesgo-beneficio de cada uno de ellos. Hay duplicidades en la nomenclatura, se bareman técnicas que ya no se utilizan, y en otros casos, técnicas básicas no están contempladas.

Por ello y a fin de valorar todos estos procesos, hemos realizado una encuesta amplia a endoscopistas, pidiéndoles su opinión sobre el grado de dificultad y el grado de riesgo que cada una de estas técnicas comporta. El resultado se expone añadido al final de este libro.

Deseamos, pues, que este texto de consulta rápida sea el punto de partida para poder colaborar en la mejora de nuestra actividad diaria, codo a codo con las entidades con las que trabajamos, tanto en la mejora asistencial de nuestros pacientes como en el ahorro económico.

Por último, queremos agradecer a Casen Recordati el entusiasmo y apoyo recibidos.

Associació d'Endoscopistes de Catalunya. ENDOCAT

Índice

TÉCNICAS BÁSICAS

1. Endoscopia digestiva alta	13
2. Endoscopia digestiva baja	15
3. Duodenoscopia	17
Otras:	
4. Cápsula endoscópica	19
5. Enteroscopia	23
6. Ecoendoscopia	25

TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

7. Biopsia endoscópica	27
8. Polipectomía	31
9. Mucosectomía	37
10. Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)	39
11. Métodos endoscópicos hemostáticos en lesiones sangrantes	41
12. Tratamientos endoscópicos de la obesidad	47
13. Colocación de chip para pHmetría telemétrica	53
14. Cromoendoscopia convencional y digital. Marcaje de lesiones	57
15. Dilatación endoscópica	61
16. Colocación y extracción de prótesis	65
17. Endoscopia pediátrica	69
18. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)	73
19. Extracción de cuerpos extraños	75
20. Divertículo de Zenker. Tratamiento endoscópico.....	77
21. Tratamiento endoscópico del esófago de Barrett	81

Anexo: ENCUESTA SOBRE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS.....	85
--	----