

ORIGINAL

Terapia de vacío endoluminal en una fístula anastomótica tras resección rectal.

Riesgo C, Toledo A*, Viñuela C, Gutiérrez MM, Longoria A, Del Mazo PL

Unidad de Endoscopias del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Recibido en octubre de 2016; aceptado en febrero de 2017. Disponible en internet desde abril de 2017.

Resumen

La terapia de vacío endoluminal es una alternativa al tratamiento de fístulas rectales. Consiste en una esponja de poros abiertos de poliuretano conectada a una bomba de vacío mediante una sonda. La presión negativa localizada estimula el tejido de granulación, maneja el exudado y la infección, controla el edema y aproxima los bordes. Se presenta la evolución del tratamiento de dos fístulas anastomóticas tras resección rectal: una pequeña, con ulceración en su borde más distal, y otra amplia, no subsidiaria de tratamiento con ovesco, por lo que se decide el tratamiento con terapia de vacío endoluminal. Tras realizar cuatro recambios del sistema de vacío, se logra el cierre de las fístulas anastomóticas. Se realizan seis colonoscopias terapéuticas, una cada 48 - 72 horas, y dos colonoscopias de control, una mensual y otra semestral. El objetivo de este trabajo es establecer un plan de cuidados para la terapia de vacío endoluminal, que consta de una valoración, unos diagnósticos de enfermería, una planificación, una ejecución y una evaluación. Dicho plan de cuidados debe reunir la atención de enfermería derivada de la técnica endoscópica (colonoscopia) y de la propia terapia de vacío endoluminal. Existen distintas alternativas al tratamiento de las fístulas anastomóticas. En el caso presentado se ha utilizado la terapia de vacío endoluminal, logrando el cierre de las fístulas sin presentar complicaciones. Actualmente se está utilizando esta técnica en otros casos similares en la Unidad de Endoscopias del Hospital Universitario Central de Asturias, que aunque estén pendientes de resultados, muestran una buena evolución de los casos.

Palabras clave: Endoscopia. Terapia de presión negativa para heridas. Fístula rectal. Anastomosis quirúrgica. Atención de enfermería.

Endoluminal vacuum therapy in anastomotic fistula after rectal resection.

Abstract

Endoluminal vacuum therapy is an alternative treatment of rectal fistulas. It consist of a sponge of polyurethane open pores connected with a probe to a vacuum pump. Localized negative pressure stimulates granulation tissue, handles exudate and infection, controls edema and approaches the edges. The treatment evolution of two anastomotic fistulas after rectal resection are presented: a small one, with ulceration at its distal border, and a broad one, not subsidiary to OVESCO treatment, for which reason endoluminal vacuum therapy is decided. After performing four spare parts of the vacuum system, the anastomotic fistulas are closed. Six therapeutic colonoscopies are performed, one every 48 - 72 hours, and two control colonoscopies, one monthly and one semiannual. The aim of this work is to establish a care plan for endoluminal vacuum therapy, which consists of an assessment, nursing diagnosis, planning, execution and evaluation. Such care plan should bring nursing care derived from the endoscopic technique (colonoscopy) and endoluminal vacuum therapy itself. There are different alternatives to treat anastomotic

*Autor para correspondencia: jandrino@gmail.com

2341-3476 - © AEEED 2014. Todos los derechos reservados.

fistulas. In the presented case, endoluminal vacuum therapy has being used, achieving the closure of fistulas without complications. Currently this technique is used in the Endoscopy Unit of the Hospital Universitario Central de Asturias in similar cases; although results are pending, a good cases evolution is shown.

Keywords: Endoscopy. Negative-pressure wound therapy. Rectal fistula. Anastomosis, surgical. Nursing care.

Introducción

Una de las complicaciones más importantes tras la resección rectal es la fístula anastomótica. Su incidencia varía entre el 1- 30% (1). Entre las distintas alternativas para su tratamiento se encuentra la terapia de vacío endoluminal (2).

La terapia de vacío endoluminal es una adaptación del cierre de heridas por presión negativa, aplicada con éxito para el tratamiento endoscópico de fístulas esofágicas y rectales (2). Consiste en una esponja de poros abiertos de poliuretano conectada a una bomba de vacío mediante una sonda. La presión negativa localizada estimula el tejido de granulación, maneja el exudado y la infección, controla el edema y aproxima los bordes. Este procedimiento logra el cierre de la fístula anastomótica tras una a seis semanas en el 85-100% de los casos (4).

Presentación del caso y endoscopia

Paciente varón de 58 años de edad con neoplasia de recto a 13 centímetros del margen anal. Tras recibir tratamiento con quimioterapia y radioterapia, se realiza resección de recto con anastomosis baja colorrectal, con reintervención a los 3 días por hematoma de pared y dehiscencia leve anastomótica.

A través de la endoscopia se visualiza la anastomosis rectal con dos fístulas (Figura 1): una pequeña, con ulceración en su borde más distal, y otra amplia, no subsidiaria de tratamiento con ovesco, por lo que se decide el tratamiento con terapia de vacío endoluminal (Figura 2). Tras realizar 4 recambios del sistema de vacío (Figura 3), uno cada 48 - 72 horas, se observa la desaparición de la fístula de menor tamaño y una disminución importante del tamaño de la fístula mayor (Figura 4). Se realizan controles endoscópicos al mes (Figura 5) y a los 6 meses (Figura 6), visualizando una anastomosis normal, con cierre completo de las fístulas.



Figura. 1



Figura. 2

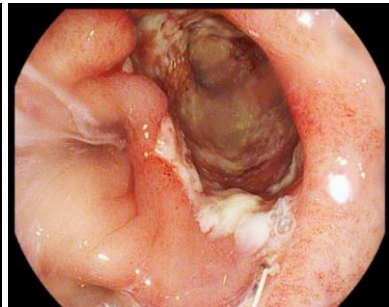


Figura. 3



Figura. 4



Figura. 5

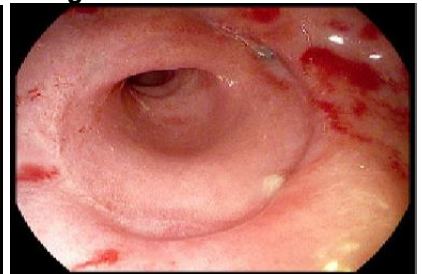


Figura. 6

Figura 1. Fístulas de la anastomosis rectal; **Figura 2.** Terapia de vacío endoluminal; **Figura 3.** Evolución durante los recambios del sistema de vacío endoluminal; **Figura 4.** Aspecto de las fístulas al finalizar el tratamiento con terapia de vacío endoluminal; **Figura 5.** Aspecto de las fístulas al mes de finalizar la terapia de vacío endoluminal; **Figura 6.** Cierre de las fístulas a los 6 meses de finalizar el tratamiento.

Plan de cuidados enfermero

Los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA (5), junto con los resultados esperados según la taxonomía NOC (6) y las intervenciones enfermeras según la taxonomía NIC (7) establecidos son:

• Dominio 5: Percepción / Cognición.

- *Diagnóstico:* Conocimientos deficientes (00126) relacionado con falta de exposición y manifestado por verbalización del problema.

Resultado: - Conocimiento: procedimiento terapéutico (1814).

Intervención: - Enseñanza: procedimiento/ tratamiento (5618).

• Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

- *Diagnóstico:* Ansiedad (00146) relacionado con cambios en el estado de salud y manifestado por inquietud, incertidumbre.

Resultado: - Autocontrol de la ansiedad (1402).

- Bienestar (2002)

Intervención: - Disminución de la ansiedad (5820).

- Presencia (5340).

• Dominio 11: Seguridad / Protección.

- *Diagnóstico:* Riesgo de infección (00004) relacionado con destrucción tisular.

Resultado: - Conocimiento: Control de la infección (1842).

- Control del riesgo: de infección (1902).

Intervención: - Protección contra las infecciones (6550).

- Control de infecciones (6540).

- *Diagnóstico:* Riesgo de sangrado (00206) relacionado con efectos secundarios del tratamiento.

Resultado: Severidad de la pérdida de sangre (4130)

Intervención: Prevención de hemorragia (4010).

- *Diagnóstico:* Deterioro de la integridad tisular (00044) relacionado con la cirugía y manifestado por fistulización.

Resultado: Curación de la herida: por segunda intención (1103)

Intervención: Cuidado de las heridas (3660).

• Dominio 12: Confort

- *Diagnóstico:* Dolor agudo (00132) relacionado con procedimiento y manifestado por verbalización del problema.

Resultado: - Nivel de dolor (2102)

- Conducta de salud: control del dolor (1843)

Intervención: Manejo del dolor (1400)

• Intervenciones propias del procedimiento:

- Monitorización de los signos vitales (6680).

- Flebotomía: vía canalizada (4235).

- Manejo de la sedación (2260).

- Ayuda en la exploración (7680).

- Colaboración con el médico (7710).

- Documentación (7920).

Conclusiones / Discusión

La terapia de vacío endoluminal puede no ser el tratamiento de elección, según criterios de localización, tamaño, accesibilidad y drenaje (2).

Son inconvenientes: la intervención endoscópica periódica (cada 48 - 72 horas), la conexión permanente a la bomba de vacío y la imposibilidad de reanudar la alimentación oral hasta conseguir el cierre de la fístula (4).

Como complicaciones se ha descrito la aparición de estenosis por granulación excesiva, que suele responder a dilatación endoscópica (3).

En el servicio de endoscopias la atención enfermera se centra en la técnica endoscópica y en la terapia de vacío. El plan de cuidados integral puede incluir también la atención enfermera al paciente en régimen hospitalario o ambulatorio.

Si bien se han publicado casos desde el año 2008, la implantación de la terapia de vacío endoluminal en la Unidad de Endoscopias del Hospital Universitario Central de Asturias es

reciente, aplicándose en casos similares al expuesto, con buena evolución.

Bibliografía

1. Borejsza-Wysocki M, Szmyt K, Bobkiewicz A, Malinger S, Swirkowicz J, Hermann J, et al. Endoscopic vacuum-assisted closure system (E-VAC): case report and review of the literature. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2015 Jul;10(2):299-310.
2. Cruz Mesa J. El efecto del tratamiento endoscópico en la curación de fugas anastomóticas post resección anterior de recto por cáncer. *Surgery*. 2009;145:182-8.
3. Mennigen R, Senninger N, Laukoetter MG. Novel treatment options for perforations of the upper gastrointestinal tract: endoscopic vacuum therapy and over-the-scope clips. *World J Gastroenterol*. 2014 Jun 28;20(24):7767-76.
4. Rodríguez Ramos C. Endoscopia en las complicaciones de la cirugía bariátrica. *Revista andaluza de patología digestiva*. 2015;38(1);30-46.
5. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.