



## ORIGINAL

## Terapia de electro-incisión endoscópica en estenosis de anastomosis esofágica post gastrectomía: a propósito de un caso.

Sabater F<sup>1\*</sup>, Sese P<sup>1</sup>, Olivé MI<sup>1</sup>

1 Enfermera/o ICMDiM Hospital Clinic, Barcelona.

Recibido en octubre de 2018; aceptado en febrero de 2019. Disponible en internet desde abril de 2019.

### Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente con estenosis esofágica tras realización de gastrectomía, refractaria a sesiones de dilatación convencionales. Se le propone la terapia de electroincisión endoscópica como alternativa terapéutica. Describimos la técnica, los cuidados y diagnósticos e intervenciones de enfermería (Taxonomía NANDA NIC/NOC) necesarios durante el procedimiento. El trabajo en equipo, el manejo adecuado de la sedación y de los dispositivos implicados en la técnica es fundamental para disminuir riesgos y complicaciones.

**Palabras clave:** Endoscopia, estenosis, anastomosis, electroincisión, cuidados enfermería

### *Endoscopic electro-incision therapy in esophageal anastomotic stricture after gastrectomy: a case report.*

#### Abstract

*We present the clinical case of a patient with esophageal stenosis after performing a gastrectomy refractory to conventional dilation sessions. Endoscopic electroincision therapy is performed as a therapeutic alternative. We describe the technique, nursing care and nursing diagnoses and interventions (Taxonomy NANDA NIC / NOC) necessary during the procedure. Teamwork, proper management of sedation and devices involved in the technique is essential to reduce risks and complications.*

**Key words:** Endoscopy, stenosis, anastomosis, electroincision, nursing care

### Introducción

El desarrollo de complicaciones después de una gastrectomía es múltiple y variada. En este caso nos referimos a la estenosis en la zona de la anastomosis quirúrgica con el esófago (1). Cuando los tratamientos endoscópicos habituales de dilatación de la zona anastomótica (2) con bujías Savary-Guilliard o con balón CRE no son efectivos (3), se propone la Terapia de Electroincisión endoscópica (4-7) Si bien esta técnica se ha utilizado mayoritariamente como terapia combinada con balón dilatador en estenosis colorectales (8) hay estudios que demuestran su efectividad en el tratamiento de las estenosis

esofágicas post gastrectomía, siendo un tratamiento alternativo para los pacientes que se han realizado sesiones de dilatación previas y que no han visto resultados positivos tras la realización de las misma.

Para llevar a cabo la técnica, mediante endoscopia, utilizaremos el bisturí de aguja simple, el mismo que se utilizaría en CPRE, realizando cuatro cortes radiales en los cuatro cuadrantes de la zona fibrosada (9).

El objetivo de esta terapéutica es la apertura de la luz esofágica y la solución a la estenosis para lograr un estado nutricional óptimo, mejora en la calidad de vida, mayor independencia y autoestima de las personas afectadas.

\*Autor para correspondencia: superjanote@gmail.com

## Presentación del caso

Mujer de 50 años, sin AMC y con antecedentes de asma bronquial, DM2, HTA, metaplasia intestinal completa y gastritis atrófica sin IQ previas.

En fecha 14/12/2017 es intervenida de TNE (Tumor Neuroendocrino) multifocal sobre gastritis atrófica, practicándosele gastrectomía total más esofagoyeyunostomía "Y de Roux" por vía laparoscópica.

La evolución y post operatorio inmediato resulta sin incidencias por lo que es dada de alta una semana después de la fecha de intervención.

En visitas de control posteriores refiere disfagia a alimentos sólidos y también a líquidos, con sialorrea, vómitos y dolor abdominal, acompañándose todo el cuadro con pérdida de peso y malestar generalizado.

Se programa gastroscopia de control en la que se evidencia estenosis en la zona de la anastomosis que no permite progresar el endoscopio. Se programa entonces la primera de las cinco sesiones de dilatación con balón CRE a la que se someterá la paciente consiguiéndose discreta mejoría en su estado general.

Dada la escasa mejora se le propone terapia de electroincisión en la que mediante bisturí de aguja simple se realizarán cortes en los diferentes cuadrantes esofágicos afectados por el tejido fibrosado.

## Técnica / Descripción

Para la realización de la técnica (8 12), la enfermera de endoscopia prepara el material habitual para realizar gastroscopia y además: bisturí de aguja simple, electrobisturí (ERBE VIO 200D) en modo CPRE: Endo Cut I con efecto 2 y 40W de potencia, aguja de inyección, clips hemostáticos y sondas de argón plasma por si hubiera alguna complicación durante el procedimiento como el sangrado o la perforación. Con todo el material listo se procederá a realizar las cuatro incisiones radiales en los cuatro cuadrantes de la zona fibrosada afectada por la estenosis, con una profundidad de incisión de 3-4 ms.

El procedimiento resulta sin incidencias y la paciente queda ingresada 24h para vigilancia y control de posibles complicaciones inmediatas.

Tras tres semanas vuelve a repetirse gastroscopia. Se muestra muy satisfecha con el tratamiento, refiere

mejoría y comenta que su ingesta normalizándose progresivamente tolerando sólidos y líquidos. En esta exploración se objetiva pequeña zona fibrosada sobre la que se realizan dos nuevas incisiones. Evoluciona sin complicaciones y es dada de alta.

Se la cita en tres semanas para nuevo control.

## Plan de cuidados enfermero

Se realiza plan de cuidados enfermeros utilizando la Taxonomía II de la NANDA-I interrelacionando diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC) con sus correspondientes actividades (10-14)

Los diagnósticos enfermeros se han realizado con cronología a la llegada de la paciente al servicio de endoscopia de nuestro hospital y al procedimiento de la técnica endoscópica a realizar. Los diagnósticos más relevantes fueron:

### (00146) ANSIEDAD

#### (00069) AFRONTAMIENTO INEFICAZ

#### Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

#### Clase 2: Respuesta al afrontamiento

R/C: Factor estresante (técnica endoscópica)

Manifestado por: Dificultad de manejar la situación.

**NOC (1211):** Nivel de ansiedad.

**NIC (5820):** Disminución de la ansiedad.

Respuestas sencillas y sinceras a preguntas relacionadas con el procedimiento, tratamiento y pronóstico.

Actitud de escucha activa.

Valorar los conocimientos del paciente respecto a su proceso actual.

Mostrarse tranquilo, sereno con el fin de transmitir seguridad y confianza.

### (00039) RIESGO DE ASPIRACIÓN

#### Dominio 11: Seguridad/ Protección

#### Clase 2: Lesión física

R/Disminución del nivel de conciencia.

**NOC (1918):** Prevención de la aspiración.

**NIC (3200):** Precauciones para evitar la aspiración.

Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno y nauseoso y capacidad deglutoria.

Mantenimiento de vía aérea permeable,

Mantener el equipo de aspiración disponible.

Cumplimiento correcto de las horas de ayuno.

Ajuste de las dosis de sedación durante el procedimiento.

### **(00035) RIESGO DE LESION**

#### **Dominio 11: Seguridad y protección**

##### **Clase 2: Lesión física**

Manifestado por: Imposibilidad del control de los riesgos asociados a la terapéutica (perforación)

R/C: Régimen terapéutico.

**NOC (1902):** Control del riesgo.

**NIC (7880)** Manejo de la tecnología.

Conocimiento de los dispositivos a utilizar en el procedimiento.

Verificación del material a utilizar durante la técnica.

Monitorización exhaustiva del paciente.

Observación cuidado y manejo de las posibles complicaciones durante el procedimiento.

Instrucción al paciente acerca de las acciones apropiadas si se produjese una lesión tras la técnica de manera tardía.

### **(00206) RIESGO DE SANGRADO**

#### **Dominio 11: Seguridad/Protección**

##### **Clase 2: Lesión Física**

R/C: Régimen terapéutico

**NOC (1813):** Conocimiento del régimen terapéutico.

**NIC (4020):** Disminución de la hemorragia.

Monitorización exhaustiva del paciente.

Identificar causa y cantidad del sangrado.

Aplicar medidas endoscópicas adecuadas.

Mantenimiento de accesos venosos.

Administración de hemoderivados en caso necesario.

Instrucciones al paciente de medidas adecuadas a

tomar en caso de que la hemorragia persista más allá de su estancia hospitalaria.

### **(0132) DOLOR AGUDO**

#### **Dominio 12: Confort**

##### **Clase 1: Confort físico**

Manifestado por: Rictus facial (expresión de dolor), cambios hemodinámicos, movimientos de defensa involuntarios.

R/C: Agentes lesivos físicos

**NOC (1605):** Control del dolor.

**NIC (1400):** Manejo del dolor.

Explicación clara y concisa de la técnica a realizar (molestias que pueden ocasionarse durante y después del procedimiento).

Facilitar medidas para el alivio del dolor.

Evaluar la eficacia de las medidas de dolor instauradas.

**NIC (2210):** Administración de analgésicos.

Comprobar posibles AMC.

Evaluar grado de dolor y la localización del mismo.

Control de signos vitales.

Evaluar y documentar la eficacia del analgésico y posibles efectos adversos que pudieran darse durante la administración del mismo.

Usar agentes procinéticos, si precisa.

### **Discusión**

La Terapia de electroincisión endoscópica es factible y efectiva en el tratamiento de las estenosis esofágicas post gastrectomía. La mejoría inmediata de los síntomas y una permeabilidad aceptable a largo plazo hacen que sea una técnica de elección en pacientes refractarios a dilataciones convencionales.

Artículos científicos y guías terapéuticas internacionales avalan la práctica de esta terapia, sin embargo, hay poca literatura científica publicada en nuestro país.

La enfermera de endoscopia tiene por objetivo la atención integral del paciente durante la realización de todo el procedimiento. Para alcanzar dicho objetivo el personal de enfermería de la unidad debe tener una adecuada formación tanto en los cuidados

del paciente como del utillaje y realización de la técnica.

Actualmente la paciente está asintomática, con mínima disfgia, tolerando alimentos sólidos, con autonomía en sus actividades de la vida diaria y optimo grado de satisfacción y estima personal.

## Bibliografía

- Galindo F. Técnicas quirúrgicas en cáncer gástrico. En: SACD, editores. Galindo F. Enciclopedia de cirugía digestiva-II [internet]. Buenos Aires (Argentina):SACD;2009. Pág. 1-20. Recuperado a partir de: [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar)
- Sami SS, Haboubi HN, Ang Y, Boger Ph, Bhandari P, de Caestecker J, et al. UK guidelines on oesophageal dilatation in clinical practice. *Gut*. 2018;67(6):1000-1023.
- Argüello Viudez L, Pertejo Pastor V. Guía práctica sobre las técnicas de dilatación en las estenosis esofágicas. *Gastroenterol. Hepatol* 2007; 30 (9): 555-62.
- Hordijk ML, van Hooft JE, Hansen BE, Fockens P, Kuipers EJ. A randomized comparison of electrocautery incision with Savary bougienage for relief of anastomotic gastroesophageal strictures. *Gastrointest Endosc*. 2009;70(5): 849-855.
- Alonso- Larraga JO, Reyes Bastidas MR, Sobrino Cossío S, Hernández Guerrero A, López Alvarenga JC. Electroincision con IT- Knife-2 como tratamiento primario de las estenosis posquirúrgicas. *Rev Gastroenterol Mex* 2011; 76(3): 217-223.
- Simons DT, Baron TH. Electroincision of refractory esophagogastric anastomotic strictures. *Dis Esophagus* 2006;19(5):410-414.
- Muto M, Ezoe Y, Yano T, Aoyama I, Yoda Y, Minashi K, et al. Usefulness of endoscopic radial incision and cutting method for refractory esophagogastric anastomotic stricture. *Gastrointest Endosc* 2012;75(5):965-72.
- Gisbert JP, Gomollón F, Maté J, Figueroa JM, Alós R, Pajares JM. Tratamiento en la enfermedad de Crohn estenosante *Progresos en gastroenterología. Gastroenterol-Hepatol* 2002,25(9);560-569
- Samanta J, Dhaka N, Sinha SK, Kochhar R. Endoscopic incisional therapy for benign esophageal strictures: Technique and results. *World J Gastrointest Endosc* 2015;7(19):1318-26.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: 2015-2017. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2016.
- Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guia para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2007.
- Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a Nanda I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby, 2012.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed. Barcelona: Elsevier 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Wanson ES. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.