

Papel de la enfermera en la necrosectomía pancreática endoscópica

Gorchs Vega L, Sánchez Rubio A, Gálvez Mertín M, Ruiz Cobrero M, Ortigosa Sasot L.

CSPT – Hospital de Sabadell, Barcelona.

Recibido en octubre de 2014; aceptado en febrero de 2015. Disponible en internet desde octubre de 2015.

Resumen

La necrosectomía es una complicación grave secundaria a la pancreatitis aguda. La necrosectomía pancreática endoscópica (NPE) es una técnica menos invasiva que las tradicionales, disminuyendo el riesgo y la morbilidad de los pacientes, permite el drenaje y desbridamiento de la zona necrótica. Se describe la técnica de NPE guiada por Ultrasonografía endoscópica (USE) y el rol de la enfermera en este procedimiento.

Palabras clave: Necrosectomía, Enfermería, Drenaje, Necrosis, Pancreatitis.

Role of the nurse in the endoscopic pancreatic necrosectomy

Abstract

The necrosectomy is a serious complication secondary to acute pancreatitis. The endoscopic pancreatic necrosectomy (EPN) is a technique less invasive than the traditional ones, reducing the risk and the morbidity of patients, allows drainage and debridement of necrotic area. the technique of endoscopic ultrasonography-guided NPE (USE) is described and the role of the nurse in this procedure.

Keywords: Necrosectomy, Nursing, Drainage, Necrosis, Pancreatitis

Introducción

La necrosis pancreática es una complicación grave secundaria a la pancreatitis aguda. Tradicionalmente, la pancreatitis necrotizante había sido manejada mediante drenajes percutáneos o cirugía (1). Actualmente el uso de la necrosectomía pancreática endoscópica (NPE) está aumentando (2), siendo una técnica menos invasiva, la cual disminuye el riesgo y la morbilidad de los pacientes y permite el drenaje y desbridamiento de la zona necrótica.

Las ventajas que aporta realizar la NPE

mediante ultrasonografía endoscópica (USE) (3) respecto a otras técnicas son: la visión directa y en tiempo real de la lesión, la posibilidad de medir la distancia entre la pared del tubo digestivo y la del quiste, la posibilidad de valorar la interposición de vasos y otras estructuras, la identificación del punto ideal de punción, el potencial diagnóstico (y no solo terapéutico) de la técnica y la posibilidad (si se dispone de un ecoendoscopio terapéutico con un canal de amplio calibre) de realizar la técnica en un solo paso(4).

*Autor para correspondencia: lidia.gove@gmail.com

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

Para garantizar un resultado óptimo es importante valorar el número de sesiones requeridas, los paciente con <10% de restos necróticos necesitan sólo una sesión de drenaje endoscópico mientras que los pacientes con 10-40% de los residuos sólidos necesitan varias sesiones de drenaje endoscópico. Por otra parte, los pacientes con >40% de desechos sólidos necesitan métodos más agresivos para el resultado exitoso (5).

Como complicaciones secundarias a la NPE son: hemorragia, fiebre, perforación de la vesícula biliar, hipotensión, trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), peritonitis, pneumoperitoneo, migración de la prótesis dentro del quiste, fístula y obstrucción intestinal (6).

Por otro lado, la NPE es un procedimiento indicado en pacientes con necrosis pancreática, siempre y cuando exista personal entrenado en endoscopia intervencionista (7). Sus inconvenientes son lo relativamente caro que resulta el material y la infraestructura necesaria para realizar la técnica, así como el grado de experiencia y especialización que exige (8).

El papel de la enfermera en la NPE es fundamental, ya que implica la manipulación de un material específico y complejo. Además requiere de un período de tiempo prolongado en el que el paciente estará bajo una sedación profunda controlada por anestesia.

En el primer contacto con el paciente, la enfermera explicará el procedimiento a realizar, resolviendo así las dudas que pueda tener el paciente y su familia, creando un ambiente tranquilizador. A continuación, se le realizarán al paciente los cuidados pre-exploración correspondientes a la sedación y a la técnica a realizar. También realizará una provisión de los materiales, accesorios y equipos endoscópicos que se han de utilizar.

Y por último, el personal de enfermería tendrá especial cuidado en la monitorización post-exploración para prever y evitar las posibles complicaciones inmediatas relacionadas con la sedación y la exploración endoscópica.

Es fundamental la presencia de enfermeras con un grado de conocimientos y experiencia en técnicas endoscópicas, dado que requieren una actuación conjunta y coordinada con el médico

endoscopista para poder llevar a cabo la NPE con éxito.

La realización de éste trabajo, tiene como objetivo describir la técnica de la NPE guiada por USE y el rol de la enfermera antes, durante y después del procedimiento.

Material y Método

Para la realización de esta técnica será necesario el ecoendoscopio lineal y un gastroscopio convencional para realizar la terapéutica. También será imprescindible: agua de 19G, guía de 0,035", cistotomo, balón de dilatación, prótesis de tipo AXIOS, uno o varios pigtails, material de extracción de cuerpo extraños (cesta de Roth y asa de polipectomía), capuchón y balón de Fogarty.

Durante la técnica se realizarán lavados de suero fisiológico, mediante una bomba de presión. Para ello, necesitaremos gran cantidad de suero fisiológico, unos 2 o 3 litros por técnica.

Atenciones de Enfermería Pre

Recibiremos al paciente en el box y le ofreceremos soporte e información de la técnica.

Comprobaremos que haya firmado el consentimiento informado de la prueba, y que este firmado por el médico peticionario, y el consentimiento específico de la sedación profunda que realizara el anestésista.

Nos aseguraremos que se le ha realizado una analítica previa y reciente con pruebas de coagulación. Preguntaremos si lleva un ayuno de ocho horas. Asegurarse que se le ha administrado la pauta de antibióticos. En la mayoría de casos, al ser pacientes con patología pancreática, comprobaremos el nivel de glicemia para poder administrar un suero adecuado a sus necesidades.

Instauraremos una vía periférica, preferentemente en extremidad superior derecha, para tener un mejor acceso durante la prueba. Monitorizaremos las constantes vitales: TA, FC, ECG y SatO₂. Comprobaremos que disponemos de todo el utillaje necesario para realizar la técnica.

Y por último colocaremos al paciente en decúbito lateral izquierdo y garantiremos la seguridad y confort del paciente durante la prueba.

Procedimiento

Primero, es necesaria una sedación profunda controlada por un médico anestesista. Cuando se haya conseguido un nivel correcto de sedación, se procederá a la introducción del ecoendoscopio hasta el estómago para localizar la colección necrosada pancreática con estructura heterogénea. Allí se realizará la punción con la aguja de 19G y se introducirá la guía de 0,035" en su interior.

Para crear la fístula entre el estómago y la colección pancreática se utiliza un cistotomo, intercambiándolo a continuación por un balón de dilatación de 12mm.

Tras la dilatación se observará la salida de abundante pus y material necrótico, y se procederá a la colocación de la prótesis de tipo AXIOS. En nuestro caso, tras liberar el extremo distal de la prótesis y al intentar liberar el extremo proximal, la visión se ve interrumpida por una gran masa necrótica que nos impide ver la correcta liberación por lo que se realiza una tracción excesiva y la prótesis se sale de la cavidad.

A continuación se introducirá un gastroscopio convencional a través de la fístula creada, accediendo así a la cavidad necrótica y se realizarán abundantes lavados con bomba de suero fisiológico observando el aspecto coraliforme de la necrosis. Ya dentro de la cavidad, se observa (en este caso) la sonda de Saratoga (colocada por los cirujanos, previa a la NPE), una cavidad de bordes irregulares y abundante material necrótico. La gran cantidad de necrosis nos hace pensar que se requerirán múltiples sesiones de necrosectomía.

Una vez valorada la extensión, se iniciará la limpieza utilizando por ejemplo una pinza de cuerpos extraños obteniendo pequeños fragmentos de necrosis. Aunque se deberá utilizar una gran cantidad de material como: asa de polipectomía, cesta de Roth, capuchón, combinación de ambos, balón de Fogarty, etc. (Figura1).

Al finalizar cada sesión se colocará uno o varios pigtaills que eviten el cierre del trayecto fistuloso. Y al iniciar cada sesión se realizará la dilatación de la puerta de entrada, junto a abundantes lavados y la posterior extracción de necrosis. Raramente se obtienen grandes moldes de necrosis, por eso es importante la repetición de varias sesiones.

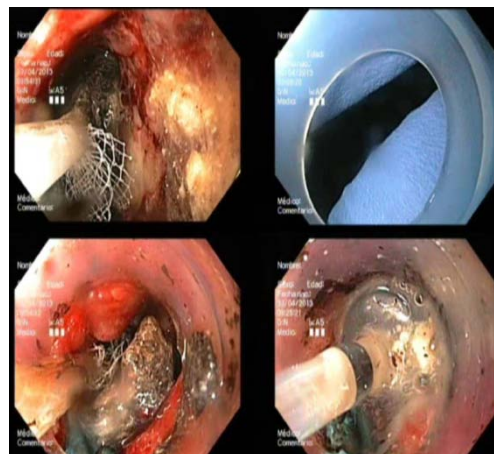


Figura 1. Materiales y accesorios utilizados en la NPE: Arriba-izda Cesta de Roth, Arriba-dcha Capuchón, Abajo-izda Capuchón + Cesta Roth, Abajo-dcha Balón de Fogarty.

Por último, en este caso, al finalizar la quinta sesión se apreciará la cavidad sin necrosis, lo cual es el objetivo final de necrosectomía pancreática endoscópica (Figura2).

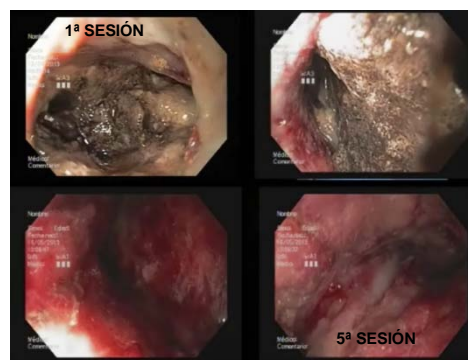


Figura 2. Evolución del tratamiento endoscópico NPE

Posteriormente, se retirará la sonda de Saratoga (Figura3) y se comprueba que en la parte final no queda necrosis, siguiendo el trayecto artificial creado por la sonda y salimos a nivel cutáneo. Pocas veces podemos observar esta imagen poco habitual de la entrada del endoscopio por la cavidad bucal y su exteriorización a la piel.

Atenciones de Enfermería Post

Trasladaremos al paciente a una sala de observación para recuperarse de los efectos de la sedación profunda, manteniendo la monitorización de las constantes vitales.

En caso de dolor, administraremos analgésicos según prescripción médica.

Adjuntaremos las recomendación para garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros, que serán control de las constantes habituales cada 4

horas las primeras 12 horas, especialmente tensión arterial y temperatura, reposo absoluto durante 4 horas y dieta progresiva a las 4 horas de finalizar la exploración.

NANDA / NIC/ NOC

Ansiedad r/c expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales.

NOC 1402 Control del medio

NIC 5820 Disminución de la ansiedad

Actividades:

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y medios.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Dolor r/c la duración de la exploración.

NOC 1605 Control del dolor

NIC 2210 Administración analgésicos

Actividades:

- Comprobar el historial de alergias a medicamentos
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada.
- Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos

Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios con el tratamiento.

NOC 1608 Control síntomas

NIC 4160 Control hemorragia

Actividades:

- Identificar la causa de la hemorragia.
- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistentes.

NIC 6680 Monitorización de los signos vitales

Actividades:

- Comprobar y controlar presión sanguínea, pulso y estado respiratorio.

Riesgo de infección r/c agentes patógenos.

NOC 1807 Control infección.

NIC 6540 Minimizar el contagio y transmisión de los agentes infecciosos.

Actividades:

- Poner en práctica normas de precaución universal.
- Manejo aséptico de la vía IV y cambios del

lugar de inserción.

- Administrar terapia de antibióticos prescritos.
- Instruir al paciente acerca de los signos y síntomas de infección.

Además de estos diagnósticos enfermero podemos detectar los siguientes durante su estancia en el hospital:

- Riesgo de caídas r/c estado postoperatorio
- Deterioro de intercambio de gases r/c efectos secundarios al tratamiento
- Riesgo de aspiración r/c administración de medicamentos y depresión de los reflejos nauseosos y tusígeno.

Conclusión

No hemos encontrado en nuestro entorno, bibliografía relativa a los cuidados de enfermería en la necrosectomía pancreática, por lo que hemos descrito cuidados para aliviar las molestias derivadas de dicha técnica.

Las enfermeras juegan un papel importante, tanto en la ejecución de la técnica, como en la aplicación de los cuidados de enfermería previos, peri y post a la técnica. Ya que es una técnica compleja, de larga duración e interviene un importante número de material.

Bibliografía

1. Tilara A, Gerdes H, Allen P, Jarnagin W, Kingham P, Fong Y et al. Endoscopic Ultrasound-Guided Transmural Drainage of Postoperative Pancreatic Collections. American College of Surgeons. 2014;218(1):33-40.
2. Sarkaria S, Sethi A, Rondon C, Lieberman M, Srinivasan I, Weaver K et al. Pancreatic Necrosectomy Using Covered Esophageal Stents: A Novel Approach. Journal of Clinical Gastroenterology. 2014; 48(2):145-52.
3. Forsmark CE, Baillie J. AGA Institute Technical Review on Acute Pancreatitis. Gastroenterology. 2007; 132(5): 2022-2044.
4. Súbtil Iñigo JC, Fernández-Urién Sáinz I, Pérez Mendióroz N. Ecoendoscopia Intervencionista Diagnóstica y Terapéutica. Página web. (Consultado el: 27/04/2006). Disponible en: http://www.sepd.es/ecotest/protocolos/protocolo_24.htm
5. Rana SS, Bhasin DK, Sharma RK, Kathiresan J, Gupta R. Do the morphological features of walled off pancreatic necrosis on endoscopic ultrasound determine the outcome of

- endoscopic transmural drainage? Endoscopic Ultrasound. 2014; 3(2):118-122.
6. Bello B, Matthews JB. Minimally invasive treatment of pancreatic necrosis. World Journal of Gastroenterology. 2012; 18(46): 6829-6835.
 7. Coronel E, Czul F, Gelrud A. Manejo endoscópico de las complicaciones de la pancreatitis. Revista de Gastroenterología del Perú. 2013; 33(3):237-45.
 8. Súbtil Iñigo JC. Manejo por ecoendoscopia de las colecciones del área pancreática en la patología inflamatoria del páncreas. Revista Española de Ecografía Digestiva (revista on line) 2006. (acceso 6 de octubre de 2014); 8(1). Disponible en: http://www.ecodigest.net/revista/numeros/suppl_1_06/subtil_supl_1_06_13.htm
 9. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Ed. Elsevier. 2009-2011.
 10. Morread S, Jonson M, Mas M. Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. 2009.
 11. Bulechek G, Butcher H, Mc Closkey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Madrid. Mosby. 2009