

ORIGINAL

Endoprótesis metálicas del tracto digestivo alto. Protocolo de Enfermería

Peñalta I*, Corral A, Prieto ML, Villacañas M, Cruz B, Llanos R.

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Recibido en octubre de 2015; aceptado en febrero de 2016. Disponible en internet desde octubre de 2016.

Resumen

Introducción. La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) para el tratamiento paliativo de obstrucciones esófago-gastro-duodenales malignas no resecables o benignas debidas a estenosis, fístulas o perforaciones ha ido en aumento debido a los avances en su diseño, considerándose un tratamiento mínimamente invasivo que ayuda a aliviar la sintomatología causada principalmente por la dificultad de vaciamiento gástrico (vómitos, distensión abdominal...). La enfermera participa en la realización de la técnica y en la vigilancia del paciente, antes, durante y después. **Objetivos.** Analizar la experiencia del servicio en la colocación de PMA; Realización de un protocolo de enfermería para estandarizar las intervenciones y los cuidados. Anexo I. **Material y Método.** Estudio descriptivo retrospectivo que analizó la efectividad terapéutica de la colocación de endoprótesis metálicas autoexpandibles tanto como tratamiento paliativo como tratamiento de lesiones benignas de tracto digestivo superior. **Resultados:** Se incluyeron un total de 51 pacientes atendidos en un periodo de 84 meses. La inserción fue técnicamente posible en el 98,24%, 5 pacientes recibieron 2 prótesis. El 68,62% fueron varones y el 96,07% fue por procesos malignos. La edad media fue 71.21 años. La media de supervivencia tras la colocación es de 228 días. Se elaboró un Protocolo de Enfermería. **Conclusiones.** La colocación de PMA es un tratamiento paliativo con resultados buenos para solucionar la sintomatología, la alta tasa de mortalidad nada tiene que ver con esta técnica. La colocación de dichas endoprótesis fue efectiva en más del 98% de los casos. El trabajo en grupo facilita la elaboración y aplicación del Protocolo de Enfermería.

Palabras clave: Endoprótesis metálica autoexpandible, gastroscopia, indicaciones, enfermería, protocolo.

Metal stents of the upper gastrointestinal tract. Nursing protocol

Abstract

Introduction. The essay is related to the collocation of the metal autoexpandible prothesis (MAP) to palliative treatment either esophagus/gastro/duodenal non-resecable malignant obstructions or benigns obstruccions due to stenosis, fistulas and drilling. This disposal has increased due to the advances on their designs. The treatment is settled in order to lighten the symptomalology due to the gastric obstruction (vomiting, abdominal distension...). This procedure is considered as non-invasive. Nurse takes part to perform the technique, as well as patient surveillance, before, during and after. **Objectives.** To analyze the service experience in the placement of MAP; To perform a nursery protocol to standard the interventions and care. **Methods and material.** Retrospective study measured the therapeutic effectiveness of the placement. MAP was placed as either palliative treatment or as benign

*Autor para correspondencia: inmaculadapenalta@gmail.com

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

lesions of the upper gastrointestinal tract. Results. The study was performed on 51 patients in 84 months period (from August 2008 to July 2015). The placement was technically possible in 98, 24% of patients, in 5 patients 2 prosthesis were placed. 68, 62% of patients were male and 96, 07% were malignant etiology. The mean age was 71.21 years. The average of life was 228 days. Nursery Protocol was made. Conclusions. The collocation of MAP is a palliative treatment with successful performance to solve the symptomatology; The teamwork helps to develop and apply the Nursery Protocol.

Keywords: Metal autoexpandable prosthesis, gastrocopy, therapeutic uses, nursing and protocol

Introducción

La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) mediante endoscopia digestiva alta se utiliza para el tratamiento paliativo de obstrucciones esófago-gastro-duodenales malignas no resecables y en pacientes no operables por sus características de base (carcinoma esofágico avanzado con metástasis a distancia, fístula traqueo-esofágica, en aquellos pacientes no candidatos al tratamiento con cirugía y/o quimioterapia-radioterapia) o benignas (estenosis esofágicas refractarias benignas, fístulas o perforaciones), en cuyo caso el tratamiento es resolutivo.

Muchos de estos pacientes se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad, donde debido a una gran extensión tumoral o al deterioro asociado al proceso neoplásico hace que estos no sean candidatos a resección quirúrgica, siendo el uso de PMA del tracto digestivo alto, una gran alternativa para ellos.

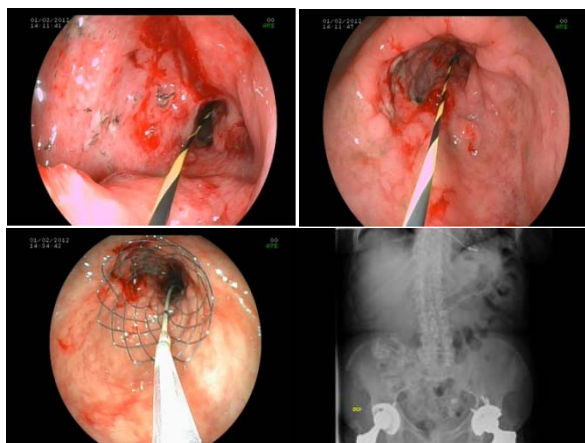


Figura 1. Paciente con estómago de retención secundario a tumor gástrico que incluía el píloro. Colocación de endoprótesis duodenal, radiografía simple de abdomen con prótesis expandida, bien colocada y se descarta complicación.

Las PMA consisten en una malla cilíndrica de metal que ejerce su fuerza auto expansiva hasta llegar a su diámetro máximo. Las PMA generalmente están

comprimidas y constreñidas en un dispositivo, siendo cómoda y fácil su liberación.

La enfermera de Endoscopia participa en la realización de la técnica, así como en la vigilancia del paciente, antes, durante y después.

La colocación de estas prótesis ha ido en aumento debido a los avances obtenidos en su diseño, por considerarse este un tratamiento mínimamente invasivo que ayuda a aliviar la sintomatología causada por la dificultad o imposibilidad de vaciamiento gástrico (vómitos, distensión abdominal...) y las complicaciones derivadas (disminución de la ingesta, deshidratación y desnutrición), así como a la dificultad para la alimentación vía oral que puede motivar una estenosis esofágica. Los pacientes que son sometidos a este procedimiento presentan una mejoría rápida tras su colocación.

Como todo procedimiento endoscópico la colocación de PMA no está exento de riesgos de complicaciones, tanto por las derivadas de la endoscopia, como de la sedación o como la de la colocación de la PMA. También tras su colocación puede ocurrir de nuevo aparición de fístulas, migración de la prótesis o crecimiento tumoral, cuyo tratamiento suele consistir en la colocación de una nueva prótesis, lo que ha demostrado ser efectivo.

La principal contraindicación para la colocación de PMA es en aquellos casos en que el tumor invade el esfínter esofágico superior o se encuentra demasiado próximo a él (1).

Cuando el paciente se encuentra bajo tratamiento con quimioterapia-radioterapia, no está del todo claro, estudios demuestran que tras la quimioterapia y la radioterapia hay mayor índice de complicaciones ya que se producen cambios en la mucosa (descamación y ulceración) pudiendo aparecer fibrosis, comprometiendo la capa muscular (Kinsman (1996), Siersma (1999) y

Chowan (1990)). (2). Sin embargo estudios más recientes no mencionan estas complicaciones.

Para la realización de este estudio elaboramos un protocolo de enfermería que nos sirviera de guía de actuación, permitiéndonos estandarizar la practica asistencial, así como el registro de las actividades de enfermería, garantizando una calidad asistencial. Además este protocolo fue revisado por el resto del equipo de endoscopias digestivas lo que permitió evaluar y mejorar las actividades realizadas hasta la fecha, sirviendo también como método de enseñanza para el personal de nueva incorporación.

Cabe señalar que un protocolo no es un sustituto de las decisiones que el profesional de enfermería debe tomar, si bien sirve como guía, las características asociadas en cada contexto crearán diferentes alternativas que la enfermera de endoscopia digestiva debe saber identificar, garantizando el bienestar del paciente.

Este estudio lo realizamos con el objetivo de poder analizar la experiencia del servicio en la colocación de PMA. Elaborar un protocolo de enfermería para la colocación de dichas prótesis para así poder estandarizar las intervenciones y los cuidados antes, durante y después de la prueba.

Entre los objetivos está describir el tipo de paciente, características demográficas, indicaciones y servicio peticionario. También poder hacer un seguimiento del tipo de prótesis que se han utilizado en cada procedimiento.

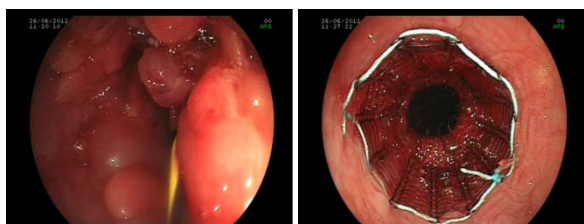


Figura 2. Adenocarcinoma de cardias y colocación de prótesis esofágica

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo realizado a pacientes atendidos en el Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid. Para el estudio hemos participado todo el equipo de enfermería (tanto fijo como discontinuo). Se incluyeron a 51 pacientes atendidos durante 84 meses, periodo comprendido entre Agosto del 2008 a Julio del 2015.

Para el estudio se recogieron las siguientes variables: fecha de inserción, datos del paciente (fecha de nacimiento, edad, sexo) diagnóstico, localización de la lesión a tratar, servicio peticionario, procedimiento, tipo de PMA utilizada y fecha de éxitus en su caso.

Los pacientes fueron sometidos a gastroscopia terapéutica estando ingresados, con el fin de poder detectar precozmente complicaciones inmediatas o tempranas así como evaluar la efectividad de la técnica. La preparación previa a la prueba fue ayunas, vía periférica canalizada, suspensión de medicación antiagregante o anticoagulante y firma del consentimiento informado, que fue entregado y explicado por el médico a cargo del paciente o el médico especialista en aparato digestivo, describiéndosele también opciones terapéuticas alternativas al proceso.

La prueba se realizó mediante sedación con propofol bajo prescripción del endoscopista y se realizó monitorización de signos vitales: frecuencia cardiaca, saturación O₂ y tensión arterial.

Para la inserción de las PMA se utilizaron gastroscopios de la marca FUJI™ de 8 mm de diámetro. Se utilizaron prótesis metálicas modelos: Cover Boston 7cm-12cm, WallFlex duodenal 22x90mm, WallFlex 22x120mm, WallFlex 22x100mm, UltraFlex Esophageal covered 18x100mm™ de la casa Boston. SX-ELLA Sten esophageal Danis 30/25/30/135 mm y Taewoong Medical enteral Colonic full covered 20 mmx 80 mm

En algunos casos fue necesaria la utilización de escopia durante el procedimiento para confirmar la correcta colocación y posición de la prótesis, en cuyo caso en el proceso interviene también un técnico de radiología.

Tras la colocación de la PMA el médico digestivo comprueba mediante radiografía la correcta colocación y expansión de la misma.

Resultados

Se colocaron 51 PMA a 46 pacientes, el 47% de los casos fue en el estómago (15,6% cardias, 9,8% píloro, resto en el cuerpo gástrico) el 43%

de los casos se colocaron en el esófago, en el duodeno se colocaron 9,8%. (Gráfico 1)

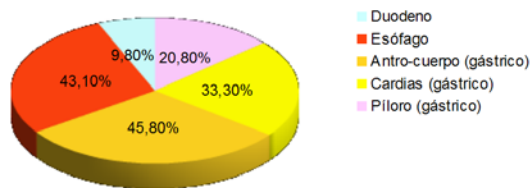


Gráfico 1. Localización y colocación de prótesis

De los 46 pacientes a los que se les colocó la PMA tras el seguimiento hubo 38 éxitos, aunque la alta tasa de mortalidad (82,6%) nada tiene que ver con esta técnica sino con que la mayoría de los procesos fueron en el contexto del tratamiento paliativo de un cáncer de tubo digestivo. La media de supervivencia tras la colocación de la prótesis es de 228 días.

La edad media fue de 71.21años (rango 50-91 años).

Cinco pacientes recibieron 2 prótesis. El 68,62% de los pacientes (35 casos) fueron varones y el 31,37% (16 casos) fueron mujeres (Gráfico 2).

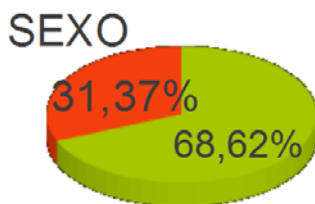


Gráfico 2. Distribución de pacientes por sexo.

En la mayoría de ellos, 96,07% (49 casos) la indicación fue por procesos malignos: adenocarcinoma gástrico, neoplasia de esófago, neoplasia del muñón gástrico con metástasis, infiltración tumoral, estenosis duodenal por cáncer de estómago.

El 3,92% fueron procesos benignos (2casos): uno por fístula entero-cutánea post-cirugía y el otro por una estenosis esofágica eosinofílica (Gráfico 3).

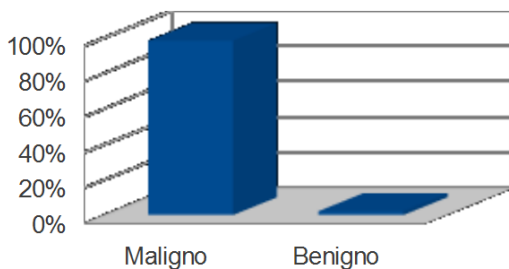


Gráfico 3. Diagnóstico

La inserción de las PMA fue técnicamente posible en el 98,03% (50 casos).

El servicio peticionario fue en el 52,9% el de Aparato Digestivo, seguido del 15,68% Cirugía General, el 13,72% Medicina Interna, 11,76% Oncología, el 3,92% Unidad de Cuidados Intensivos y el 1,96% derivado de Urgencias. (Gráfico 4).

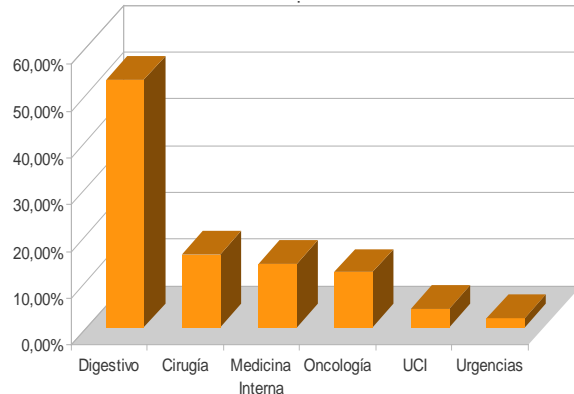


Gráfico 4. Servicio peticionario.

Discusión

La colocación de PMA es un tratamiento paliativo con buenos resultados para solucionar la sintomatología. El éxito técnico se evalúa logrando la adecuada expansión y colocación de la prótesis en el sitio de obstrucción, mientras el progreso clínico se valora al mejorar los síntomas obstructivos, del tracto digestivo alto.

De los 46 pacientes a los que se les colocó la PAM con un seguimiento por parte del médico peticionario, en la totalidad de ellos mejoraron los síntomas, hubo 38 éxitos, una media de vida tras la colocación de 228 días. La alta tasa de mortalidad no se puede atribuir a la colocación de la PMA ya que no hubo complicaciones mayores, se puede atribuir a la situación clínica que está muy comprometida.

Un estudio en la revista española de enfermedades digestivas obtuvo resultados similares a los de nuestro estudio.

“El grupo A en que se colocó PMA tuvo 13 hombres y 6 mujeres con una edad media de 54,6 años (rango: 47,8-61,4). 2. Los síntomas principales fueron dolor abdominal (48%), vómito (37%) y plenitud postprandial (15%). El éxito técnico y clínico se logró en el 100% de los casos. La ingesta oral fue iniciada en promedio durante el

primer día (0,786-1,21 días) de la colocación de la prótesis. Y se ha informado que 83% de los pacientes con PMAE que viven después de 30 días son capaces de comer alimentos sólidos (20).” (3).

Tras la colocación de la PMA la ingesta es rápida y el tiempo de estancia en el hospital es muy corto, ya que existen pocas complicaciones comparándolo con otros estudios y otras técnicas como antrectomías y gastroyeyunoanastomosis que al tratarse de una cirugía son técnicas más invasivas.

El trabajo por grupos de consenso facilita la elaboración y aplicación del Protocolo de Enfermería.

El uso de un lenguaje estandarizado facilita la evaluación e investigación y puede usarse como instrumento docente.

Actualmente necesitamos ensayos clínicos que incluyan otras técnicas y estudios que incluyan más variables como etapa clínica del paciente (TNM en caso de cáncer) o estado clínico del paciente antes y después de la colocación de la PMA.

Financiación: no ha habido ningún tipo de apoyo económico para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Agradecimientos:

Debemos expresar nuestro sincero agradecimiento a todo el Servicio de Endoscopias del Hospital Universitario del Henares que ha participado en este trabajo, ayudando en la recogida de datos, una mención especial a la Dra. MC Rodríguez Grau por su gentileza en la recopilación de artículos relacionados con las PMA y a la DUE R. Díaz Rodríguez, por animarnos y ayudarnos a realizar este trabajo.

Bibliografía

1. Siddiqui AA, Loren D, Dudnick R, Kowalski T. Expandable polyester siliconcoated stent for malignant esophageal strictures before neoadjuvant chemoradiation: a pilot study. *Dig Dis Sci.* 2007; 52(3):823-9.
2. R. Castaño Llano, O. Alvarez Barrera, J. Lopera Bonilla, M. Ruiz Velez, F. Juliao Baños, E. Sanin Fonnegra. *Rev. Colomb. Cir. Volumen 20 n°1. Año 2005.* Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-201/Ciru20105-Endoprotesis/>
3. J.O. Alonso Arriaga, J.C Alvaro Villegas, S. Sobrino Cossio, G. A. Hernandez Herrero, G. de la Mora Levy, P Figueroa Barojas, *Rev. esp. enferm. Dig. Volumen104 n°4 Año 2012.* Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082012000400003&script=sci_arttext&lng=es
4. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JF Jr. Changing patterns in the incidence of esophageal or gastric carcinoma in the United States. *Cancer.* 1998;83:2049-53.
5. Blasco Carmelo. *Rev. Gastroent. Perú. Volumen 33 n°1. Año 2013.* Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n1/a06v33n1.pdf>
6. Baron TH. Expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *N Engl J Med.* 2001;344(22):1681-7.
7. P. Roberto Rojas Macuía , Y. Zamorano Orozco, L. Alvaro Mejía Cuan, C. Martínez Camacho, M.A. Ramírez Ramírez, C Antonio Rivera Nava. *Revista Elsevier. Volumen 24 n°1. Año 2012.* Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-tratamiento-paliativo-con-protesis-metalicas-90096918>
8. Mata, J. Llach, J.M. Bordas. *GH Continuada. Volumen 6 n°2. Año 2007.* Disponible en: <http://www.ghcontinuada.com/contenidos/pdf/v6n2a398pdf001.pdf>