

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE ENDOSCÓPICO: DIVERTÍCULO DE ZENKER

NURSING PROTOCOL IN THE ENDOSCOPIC APPROACH:
ZENKER DIVERTICULUM



Criado Gutiérrez Y*, Bretón López S, Arenales Peñas MM,
Villanueva Treviño A, Mateos Gómez G
*Enfermeras de la Unidad de Pruebas Diagnósticas de Digestivo
del Hospital La Paz de Madrid, España.*

Recibido noviembre de 2023; aceptado abril de 2024. Disponible internet desde junio de 2024

Autor para correspondencia: yolandacriado@yahoo.es

Enferm Endosc Dig. 2024;11(1):21,25

RESUMEN

Introducción: El divertículo de Zenker es una evaginación posterior de la mucosa y submucosa faríngea. El tratamiento endoscópico se realiza para aliviar la disfagia que sufren estos pacientes. Tras la realización de varios casos, hemos evidenciado la necesidad de crear un protocolo de enfermería para estandarizar nuestros cuidados.

Técnica endoscópica: La técnica consiste en seccionar el tabique esofagodiverticular ampliando el diámetro de la boca del divertículo facilitando su vaciamiento en el esófago. Es una técnica mínimamente invasiva y el paciente obtiene un beneficio precoz.

Cuidados enfermería: Engloban todo el procedimiento y garantizan la seguridad y bienestar del paciente proporcionando cuidados integrales durante todo el proceso

Discusión: El protocolo de enfermería establece una normativa para la práctica unificada convirtiéndose en una herramienta fundamental para la excelencia en los cuidados.

Palabras clave: Divertículo de Zenker, protocolo, enfermería, trastornos de deglución.

ABSTRACT

Introduction: Zenker's diverticulum is a posterior outpouching of the pharyngeal mucosa and submucosa. Endoscopic treatment is performed to relieve the dysphagia these patients suffer from. After carrying out several cases, we have evidenced the need to create a nursing protocol to standardize our care.

Endoscopic technique: The technique consists of sectioning the esophagodiverticular septum, expanding the diameter of the mouth of the diverticulum, facilitating its emptying into the esophagus. It is a minimally invasive technique and the patient obtains an early benefit.

Nursing care: They encompass the entire procedure and guarantee the safety and well-being of the patient by providing comprehensive care throughout the process.

Discussion: The nursing protocol establishes regulations for unified practice, becoming a fundamental tool for excellence in care.

Keywords: Zenker's diverticulum, protocol, nursing, deglutition disorders.

INTRODUCCIÓN

La creación de un protocolo de enfermería en nuestra unidad de Digestivo del Hospital La Paz surge para abordar de forma integral y multidisciplinar a los pacientes que ingresan para beneficiarse de este tratamiento. (1) Supone una protocolización de la actuación en todo el personal de enfermería que está presente en el proceso. De esta forma, se unifica la actuación de enfermería, ofreciendo cuidados estandarizados, adecuada información al paciente minimizando el temor y la ansiedad. También con el protocolo se consigue minimizar errores y tener una herramienta útil de consulta de todo el personal de enfermería que trabaje en el servicio. (2) El abordaje endoscópico que se realiza es un proceso mínimamente invasivo y los pacientes se benefician de una corta hospitalización mejorando precozmente su calidad de vida y la percepción de su salud. (3)

TÉCNICA ENDOSCÓPICA

El divertículo de Zenker(DZ) o faringoesofágico es una evaginación posterior de la mucosa y submucosa faríngea, debido a la hipertonía mantenida del músculo cricofaríngeo, el cual pierde su capacidad de relajación durante la deglución. (4) El consiguiente aumento de la presión hipofaríngea provoca la herniación de la mucosa y submucosa faríngeas a través del punto débil que constituye la "dehiscencia" de Killian (Figura 1).



Figura 1. Anatomía del DZ y su aspecto radiológico

A veces, tiene un curso asintomático; sin embargo, el síntoma más común es la disfagia. Además, puede cursar con neumonías aspirativas, halitosis, regurgitación de alimentos, tos y cambios de tonalidad de voz. El diagnóstico se realiza con una esofagogastroduodenografía y una gastroscopia (5). Requiere tratamiento en aquellos casos que presentan sintomatología cuyo objetivo es el alivio de los síntomas. (6) El tratamiento puede ser quirúrgico, mediante cirugía abierta o con endoscopia flexible. Este último con un alto porcentaje de eficacia y disminuyendo las complicaciones relacionadas con la cirugía convencional. (7)

En el abordaje endoscópico consiste en seccionar el tabique común esofagodiverticular para aumentar el diámetro de la boca del divertículo facilitando así su vaciamiento en el esófago. (8),(9)

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA LA TÉCNICA

El material que necesitaremos lo tendremos previamente preparado en el quirófano.

- Gastroscopio
- Diverticuloscopio (Figura 2)
- Rotulador permanente y regla milimetrada
- Cuchillo SBKnife Junior (Figura 3)
- Hemoclips
- Pinza Coagrasper
- Torre de coagulación Erbe / Olympus ESG300 (Figura 4)
- Lubricante hidrosoluble
- Guía de 0,0035mm (opcional)



Figura 2. Diverticuloscopio



Figura 3. Cuchillo SBKnife Junior

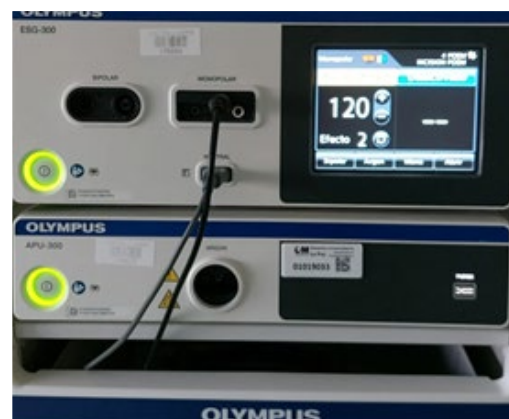


Figura 4. Torre de coagulación Erbe / Olympus ESG300

REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento se inicia bajo anestesia general con una gastroscopia para medir el tamaño y morfología del divertículo, identificar posibles lesiones esofágicas y evidenciar vaciado gástrico para evitar broncoaspiración.

Se realiza marcaje longitudinal en la cara posterior del diverticuloscopio (pala corta) con rotulador permanente (Figura 5) hasta la marca existente correspondiente a la arcada dentaria y se introduce el diverticuloscopio sobre el gastroscopio.



Figura 5. Marcaje de diverticuloscopio con rotulador permanente y regla milimetrada.

Se introduce el gastroscopio hasta estómago. Se desliza suavemente el diverticuloscopio, previamente lubricado, manteniendo la línea posterior alineada.

Se comprueba la adecuada colocación de las palas para conseguir una óptima exposición del tabique diverticuloesofágico. (Figura 6)



Figura 6. Colocación de las palas para conseguir una óptima exposición del tabique diverticuloesofágico

Se secciona el tabique prolongando el corte hasta 0,5mm o menos del fondo del divertículo. (Figura 7)

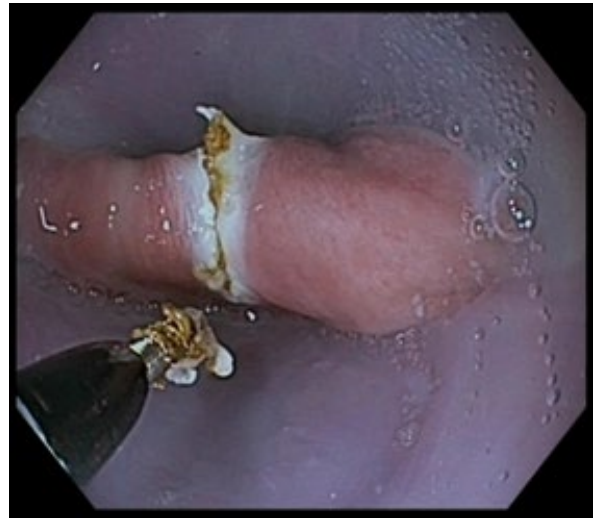


Figura 7. Sección del tabique diverticuloesofágico con el SBKnife Junior.

Se coloca un hemoclip sobre el fondo del corte para evitar perforaciones diferidas. (Figura 8)

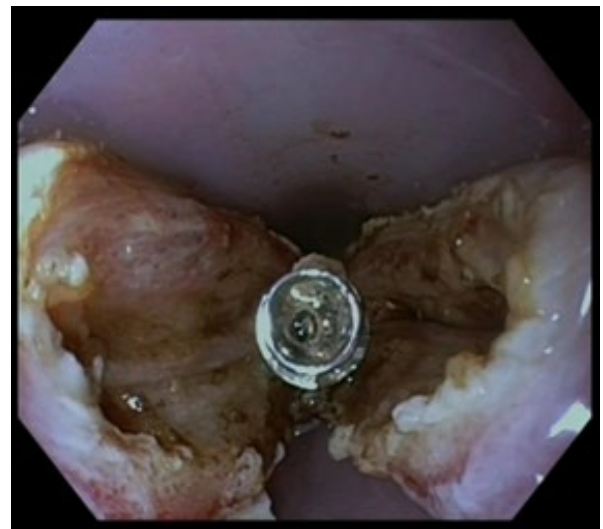


Figura 8. Colocación de hemoclip sobre el fondo del corte para evitar perforaciones diferidas.

En caso de sangrado, se utiliza la pinza SBKinife Junior o el coagrasper

Se revisa que no haya habido ningún tipo de lesión, se retira el endoscopio con el diverticuloscopio y se procede a la extubación del paciente trasladándole a la sala de recuperación.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

En nuestro plan de cuidados queremos protocolizar las actuaciones de enfermería, según las necesidades que presentan nuestros pacientes. Una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

ACTUACIÓN PREVIA AL PROCEDIMIENTO

Antes de la llegada del paciente, recabaremos información sobre sus antecedentes médicos, enfermedades, alergias y medicación.

Preparación del material de anestesia

Previamente se preparan todos los materiales necesarios para la canalización de vía venosa periférica, monitorización e intubación: laringoscopio, tubo endotraqueal flexometálico, sujeción del tubo, sensor de índice biespectral(bis), pomada ocular para evitar lesiones durante el procedimiento.

Preparación del material para la técnica

Tendremos todo el material preparado para la realización de la técnica endoscópica mencionado en el apartado anterior.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE:

Confirmar identidad del paciente, comprobando que lleva pulsera identificativa

Realización de nuestro check-list:

- Ayunas 8 horas y dieta líquida el día previo al procedimiento.
- Alergias medicamentosas
- Antiagregantes y anticoagulantes retirados con tiempo suficiente según protocolo específico
- Retirar prótesis dentaria si tuviera
- Retirar objetos metálicos si tuviera
- Retirar lentillas si tuviera
- Confirmar que la valoración de preanestesia esté realizada
- Confirmar que los consentimientos informados de procedimiento y anestesia estén firmados
- Confirmar si es portador de vía endovenosa (preferiblemente en brazo derecho)
- Informar de los pasos a seguir y resolver dudas

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

Se canaliza vía venosa periférica, preferiblemente en miembro superior derecho.

Monitorización de constantes vitales: tensión arterial no invasiva, pulsioxímetro, ECG, bis.

Anestesia general: se intuba al paciente asistiendo al anestesista, se suministra pomada lubricante y almohadillado ocular para evitar complicaciones oculares.

Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo con protecciones mecánicas para su seguridad, se coloca bomba de calor para su comodidad.

ACTUACIONES TRAS LA TÉCNICA:

- Reposo en cama las primeras 8 horas
- Dieta absoluta 24 horas

- Control del dolor
- Control radiográfico con gastrografía a las 24 horas tras el procedimiento
- Si la radiografía confirma ausencia de fugas, se inicia dieta líquida y alta hospitalaria
- Dieta progresiva a partir de las 48 horas, comenzando con dieta túrmix la primera semana y posteriormente progresando a dieta blanda hasta llegar a dieta normal al mes del procedimiento.
- Control médico telefónico semanalmente hasta la revisión presencial que se realizará al mes.
- Control endoscópico en 3 meses.

Los diagnósticos más relevantes para el paciente en esta técnica endoscópica serían los siguientes:

(00146) Ansiedad: respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico.

Dominio9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

NIC: apoyo emocional (5270)
manejo ambiental (6480)

NOC: estado de comodidad: entorno (2009)
satisfacción del paciente: cuidados (3001)

(00002) Desequilibrio Nutricional por defecto: estado en que el individuo consume una cantidad de alimentos insuficientes para cubrir sus demandas metabólicas.

Dominio2: Nutrición

NIC: manejo de la nutrición (1100)
etapas en la dieta (1020)

NOC: conducta de cumplimiento: dieta prescrita(1622)
estado nutricional (1009)

(00206) Riesgo de sangrado: riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Dominio4: Actividad/reposo.

NIC: vigilancia (6650)
monitorización de signos vitales (6680)

NOC: detección del riesgo (1908)

(00132) Dolor agudo: experiencia sensitiva y emocional desagradable por una lesión tisular real o potencial de inicio súbito o lento de cualquier intensidad con un final anticipado y una duración inferior a 3 meses.

Dominio12: confort

NIC: administración de medicación (2300)
manejo del dolor: agudo (1410)

NOC: control de síntomas (1608)

DISCUSIÓN

Se han realizado 25 casos en nuestra unidad con muy buenos resultados. En nuestros pacientes ha desaparecido la disfagia, la tos ocasional y la regurgitación, acelerando la ingesta oral y una pronta alta hospitalaria reduciendo costes y aumentando la confortabilidad, satisfacción y percepción de la salud del paciente. Esto nos ha llevado a plantearnos la necesidad de crear un protocolo que ayude al paciente, así como a los profesionales de enfermería en la mejora asistencial. El protocolo de enfermería proporciona una importante fuente de información, establece una normativa para la práctica unificada, facilita la incorporación de nuevos profesionales y constituye una herramienta fundamental para la excelencia en los cuidados.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento por el interés demostrado para la publicación de nuestro protocolo a la revista científica de la Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva. También por la oportunidad que nos ofrece el congreso de AEEED de enseñar y mostrar los avances y trabajo diario a otros profesionales sanitarios.

Realizamos una mención especial al Hospital Universitario La Paz, al Servicio de Digestivo y al Dr. E. Martín Arranz por su colaboración y ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Paredes JF, Al Fakir R, Rutt AL. Clinical Symptoms Contributing to Zenker's Diverticulum Repair: A Retrospective Review. *Cureus*. 2022 Feb 18;14(2):e22369. doi: 10.7759/cureus.22369. PMID: 35371686; PMCID: PMC8940557.
2. Martínez-Paredes JF, Alfakir R, Kasperbauer JL, Rutt A. Zenker Diverticulum: Does Size Correlate with Preoperative Symptoms? *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2021 Oct 26;26(3):e334-e338. doi: 10.1055/s-0041-1730457. PMID: 35846818; PMCID: PMC9282963.
3. Colpaert C, Vanderveken OM, Wouters K, Van de Heyning P, Van Laer C. Changes in Swallowing-related Quality of Life After Endoscopic Treatment For Zenker's Diverticulum Using SWAL-QOL Questionnaire. *Dysphagia*. 2017 Jun;32(3):339-344. doi: 10.1007/s00455-017-9782-6. Epub 2017 Mar 9. PMID: 28275907.
4. Durán-Monge, M.; Chinchilla-Araya, T. Revisión Bibliográfica: Divertículo de Zenker. *Crónicas Científicas*. Vol.12. No.12. Pág. 48-57. ISSN:2215-5171
5. Feria L, Ward MA. Enfoques modernos para el tratamiento del divertículo de Zenker. *Opinión actual Gastroenterol*. 1 de julio de 2023; 39 (4): 333-339. doi: 10.1097/MOG.0000000000000941. Publicación electrónica del 25 de abril de 2023. PMID: 37278290.
6. *Rev. esp. enferm. dig.* vol.108 no.6 Madrid jun. 2016
7. Swei E, Pokala SK, Menard-Katcher P, Wagh MS. Comparación de la miotomía endoscópica peroral de Zenker (Z-POEM) con la septotomía endoscópica flexible estándar para el divertículo de Zenker: un estudio prospectivo con seguimiento de 2 años. *Cirugía Endosc*. 2023 septiembre;37(9):6818-6823. doi: 10.1007/s00464-023-10136-4. Publicación electrónica del 5 de junio de 2023. PMID: 37277515; PMCID: PMC10241386.
8. Richtsmeier WJ. Endoscopic management of Zenker diverticulum: The staple-assisted approach. *Am J Medicine* 2003; 115:175S-178S
9. Mavrogenis G, Maurommatis E, Koumentakis C, Tsevgas I, Zachariadis D, Bazerbachi F. Miotomía endoscópica peroral del divertículo de Zenker de un solo túnel. *Endoscopia*. 2023 septiembre;55(9):878-879. doi: 10.1055/a-2113-2824. Publicación electrónica del 29 de agosto de 2023. PMID: 37643601; PMCID: PMC10465240.