

Plan de cuidados estandarizado en la Técnica Dissección Endoscópica Submucosa

Standardized care plan in the Endoscopic Submucosal Dissection Technique

María Antonia Parrado Fernández

Enfermera. UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

RESUMEN

Objetivo: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias con mayor incidencia a nivel mundial, surgiendo para su tratamiento técnicas cada vez más eficaces, como la dissección submucosa endoscópica. Esto lleva a la necesidad de analizar los cuidados posteriores con el fin de desarrollar un plan de cuidados estandarizado, analizando a su vez su evolución y complicaciones.

Método: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de 78 casos entre enero 2018 -diciembre 2023, extraído de las historias clínicas informatizadas.

Resultados: La utilización de esta técnica experimenta una curva ascendente en su uso para tratamiento y curación de las lesiones extensas diseminadas y sus subtipos, granular (42,3%) y no granular (35,89%). El 51,28% mujeres y el 48,71% hombres, con una edad media de 62,90 años. El 51,28% requieren ingreso de corta duración. En cuanto a la seguridad de la técnica, el 88,85% no tuvieron complicaciones, frente al 11,14% que sí, siendo la perforación el riesgo más frecuente.

Conclusiones: La evolución de nuevas técnicas en el tratamiento de los cánceres colorrectales, gástricos y esofágicos ponen en evidencia la necesidad de la actualización de los conocimientos y cuidados enfermeros, para unificar los criterios de cuidados.

PALABRAS CLAVE

dissección endoscópica submucosa, adenocarcinoma, técnica, cuidados

ABSTRACT

Objective: Colorectal cancer is one of the neoplasms with the highest incidence worldwide, and increasingly effective techniques, such as endoscopic submucosal dissection, are emerging for its treatment. This leads to the need to analyse aftercare in order to develop a standardised care plan, analysing its evolution and complications.

Methods: Descriptive and retrospective observational study of 78 cases between January 2018 - December 2023, extracted from computerised medical records.

Results: The use of this technique experienced an upward curve in its use for treatment and cure of extensive disseminated lesions and its subtypes, granular (42.3%) and non-granular (35.89%). 51.28% were women and 48.71% men, with a mean age of 62.90 years. 51.28% required short-term hospitalisation. Regarding the safety of the technique, 88.85% had no complications, compared to 11.14% who did, with perforation being the most frequent risk.

Conclusions: The evolution of new techniques in the treatment of colorectal, gastric and oesophageal cancers highlights the need to update nursing knowledge and care to unify care criteria.

KEYWORDS

endoscopic submucosal dissection, adenocarcinoma, technique, care

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo, siendo el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres y el tercero en hombres. La etiología es diversa, pero cabe reseñar los estilos de vida poco saludables con un peso en la base de la alimentación basado en carnes rojas y grasas, más la asociación de una vida cada vez más sedentaria¹.

Dentro de las neoplasias colorrectales, tenemos que diferenciar los tumores de diseminación lateral que, según sus características morfológicas, pueden clasificarse en 2 tipos y 4 subtipos,

es decir, tipo granular (LST-G), que incluye el tipo G homogéneo y el tipo G mixto nodular; tipo no granular (LST-NG), que incluye el tipo NG plano elevado y un tipo NG pseudodeprimido. El LST-tipo no granular (LST-NG) se considera con mayor frecuencia candidato para dissección submucosa endoscópica (DES) que los tumores de diseminación lateral - tipo granular (LST-G), debido a su mayor potencial de invasión submucosa².

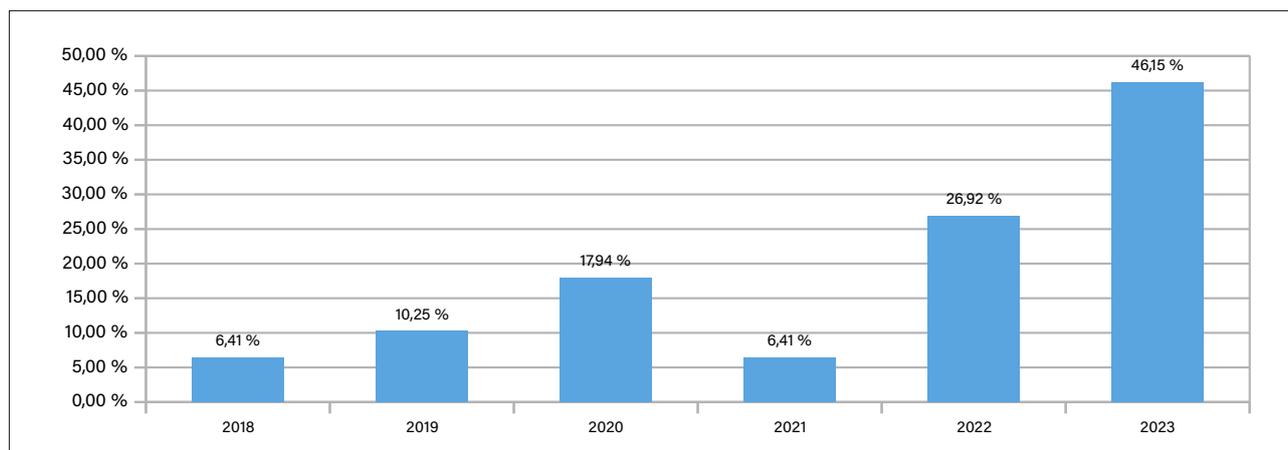
FECHA DE RECEPCIÓN: 7/1/2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 24/2/2025

Correspondencia: María Antonia Parrado Fernández

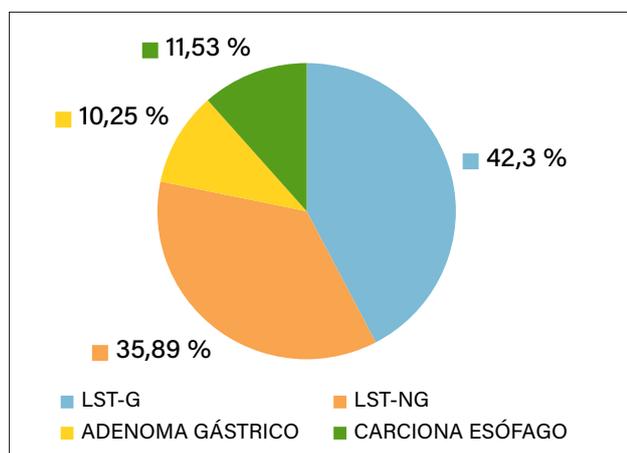
Correo electrónico: mantoniaparrado@gmail.com

Gráfico 1. Técnica de disección endoscópica submucosa por año de estudios del artículo. Casos por año.



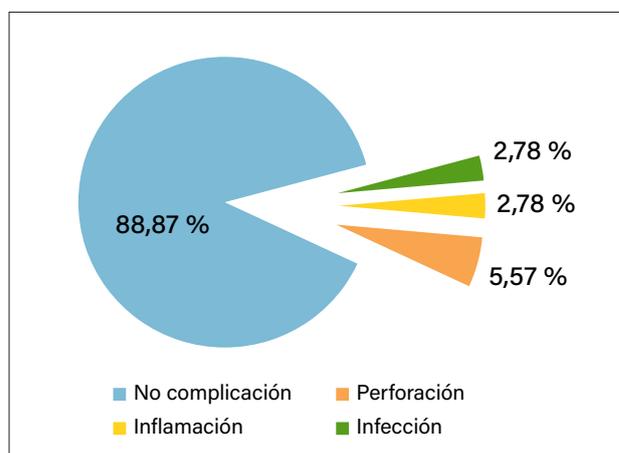
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Tipos de diagnósticos del Adenocarcinoma.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Complicaciones y tipos.



Fuente: Elaboración propia.

La disección submucosa endoscópica es un procedimiento eficaz para la resección en bloque de neoplasias colorrectales^{3,4}. Es una técnica desarrollada en Japón y proponen la resección en bloque incluso en lesiones mayores de 20 mm, reduciendo la necesidad de resección tipo piecemeal y permitiendo una evaluación precisa de los márgenes de resección (vertical y lateral), obteniendo como resultado tasas de recurrencia local mucho menores que la resección de mucosa endoscópica⁵ y una inestimable vida libre de cáncer a largo plazo⁶.

Numerosos estudios demuestran que la utilización de esta técnica está asociada a una menor morbilidad, a una reducción en el costo sanitario y a una preservación del colón en el 95% de los pacientes. Además de un aumento en la calidad de vida de los mismos^{7,8}.

Al ser una técnica novedosa y de reciente aplicación en atención especializada, no existen planes de cuidados de enfermería. Además, hay pocas guías que sirvan de apoyo para desarrollar planes de cuidados basados en la seguridad clínica y la excelencia del cuidado, actualmente la más importante es la Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE)⁹.

El objetivo general de esta investigación es analizar los cuidados que precisan los pacientes tratados con esta reciente y novedosa técnica de tratamiento del cáncer colorrectal, analizando a su vez su evolución y complicaciones derivadas de la misma, con el fin de desarrollar un plan de cuidados de enfermería, tomando como referencia las guías publicadas y los casos clínicos tratados en el servicio de Endoscopia de la Unidad Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de todos los casos tratados con la técnica de disección endoscópica submucosa en el servicio de Endoscopia del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, entre enero 2018- diciembre 2023.

Se han incluido todos los pacientes con diagnóstico de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado (DAG) o displasia de bajo grado (DBG), que han sido sometidos a tratamiento para disección endoscópica submucosa.

Tabla 1. Patrones funcionales alterados en la técnica DES y sus diagnósticos NANDA-I relacionados.

Patrones de Marjory Gordon	Diagnósticos NANDA-I
Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud	Riesgo de Infección (00004) relacionado con Motilidad gastrointestinal disfuncional y Procedimientos invasivos.
Patrón 2: Nutricional-Metabólico	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) relacionado con régimen terapéutico.
Patrón 4: Actividad-Ejercicio	Riesgo de sangrado (00206) condicionado por problema gastrointestinal relacionado con régimen terapéutico manifestado por la necesidad de reposo absoluto las primeras 24 horas post técnica.
Patrón 6: Cognitivo-Perceptual	Dolor agudo (00132) relacionado con agentes lesivos manifestado por alteración de los parámetros fisiológicos e informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.
Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto	Temor (00148) relacionado con intervención quirúrgica manifestado por nerviosismo, expresión de miedo.

Fuente: Elaboración propia.

Las variables que se han tenido en cuenta en el análisis de los datos son:

- Características del paciente: edad y sexo
- Diagnóstico: LST-G, LST-NG, Adenoma gástrico, carcinoma espinoso de esófago.
- Técnica: endoscopia, colonoscopia.
- Preparación previa a la técnica: estudio preanestésico, preparación para colonoscopia, ayunas.
- Puntuación en clasificación Boston.
- Tratamiento ventilatorio: gafas nasales, ventilación mecánica invasiva.
- Tratamiento farmacológico: sedación (midazolam, Propofol, fentanilo)
- Criterio de ingreso en unidad de hospitalización
- Días de ingreso
- Tratamiento post-técnica.
- Complicaciones
- Pruebas y tratamiento por complicaciones.

RESULTADOS

Análisis de los casos: evolución y complicaciones

Se han estudiado 78 casos en el periodo comprendido entre 2018 y 2023, la evolución de los casos tratados se refleja en el gráfico 1 (Técnica de disección endoscópica submucosa por año de estudios del artículo). En la disgregación por sexo, observamos que en el 51,28% son mujeres (n= 40) y 48,71 % son hombres (n= 38), la edad media es de 62,90 años.

En cuanto al diagnóstico, el 42,3% de los casos es una lesión diseminada lateral- granular (LST-G), 35,89% es una lesión diseminada lateral- No granular, el 10,25% tiene diagnóstico de adenoma gástrico y el 11,53% carcinoma espinoso de esófago. (Ver gráfico 2: Tipos de diagnósticos del Adenocarcinoma).

Para el tratamiento de estas patologías se han usado en el 21,8% endoscopia oral y en el 78,20% colonoscopia, en esta

última para ver el grado de preparación para la técnica, se ha aplicado la clasificación Boston, herramienta estandarizada, en donde la puntuación media de los pacientes ha sido de 8,07 puntos, sobre una escala de 10.

Para poder realizar estos procedimientos bajo supervisión de personal anestésico, se han procedido a la sedación, el 21,42% ha requerido intubación orotraqueal para poder acceder a la técnica de disección endoscópica, y el 78,57% bajo una sedación profunda, mediante uso de propofol y midazolam, y una monitorización continua de las constantes basales (tensión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca).

En el 48,71% de los casos el paciente no ha requerido días de ingreso en una unidad de hospitalización, necesitando solo 4 horas post recuperación en sala del despertar adjunta a la sala de endoscopia. Sin embargo, el 51,28% han requerido hospitalización, para estar bajo monitorización y control post recuperación, mediante la aplicación de una serie de cuidados más especializados. El promedio de días de ingreso fue de 2,92 días.

De las complicaciones derivadas de la técnica, se obtienen que el 88,85% no tuvieron ningún tipo de complicación frente al 11,14%, entre las cuales la más común fue la perforación en un 5,57% dando lugar a hemorragias masivas. En un 2,78% de los casos la complicación fue un proceso inflamatorio perirectal, acompañado de fiebre y en otro 2,78% complicaciones asociadas a infecciones tipo clostridium difficile (Ver gráfico 3: Complicaciones y tipos). Todas estas complicaciones, conllevan una hospitalización más prolongada, añadida a una serie de pruebas diagnósticas complementarias.

Plan de cuidados estandarizado

Se han usado los Patrones Funcionales de Marjory Gordon¹⁰, obteniendo una visión holística del paciente y comprendiendo cómo estos aspectos se entrelazan para impactar en su bienestar global y desde ahí extraer los diagnósticos enfermeros basados en la taxonomía Nanda-I¹¹. (Ver tabla 1).

Tabla 2. Diagnósticos NANDA-I, NOC y NIC.

Diagnóstico enfermero NANDA-I	Indicador resultados NOC	Indicadores NIC	Actividades enfermeras
Riesgo de Infección (00004) Dominio 11: Seguridad/ Protección Clase 1: Infección	[1902] Control del riesgo. [1908] Detección del riesgo. [1015] Función gastrointestinal. [2305] Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	[6540] Control de infecciones. [2380] Manejo de la medicación. [430] Control intestinal. [3440] Cuidados del sitio de incisión.	<p>Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Poner en práctica precauciones universales. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.</p> <p>Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.</p> <p>Anotar la fecha de la última defecación. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.</p> <p>Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. Observar las características de cualquier drenaje. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</p>
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio CLASE 2: Función gastrointestinal	[1622] Conducta de cumplimiento: dieta prescrita. [1802] Conocimiento: dieta prescrita. [1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos [0501] Eliminación intestinal	[5246] Asesoramiento nutricional. [5614] Enseñanza: dieta prescrita. [1020] Etapas en la dieta. [1100] Manejo de la nutrición. [1450] Manejo de las náuseas	<p>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p>Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso. Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</p> <p>Determinar la presencia de sonidos intestinales. Establecer una dieta absoluta, si es necesario. Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápidamente posible sin que se produzcan complicaciones. Hacer avanzar la dieta desde la dieta líquida absoluta, dieta líquida espesa, dieta blanda, a dieta normal o especial, según tolerancia.</p> <p>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</p> <p>Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, las Escalas Descriptivas de Duke y el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos. Alivio farmacológico y no farmacológico.</p>
Riesgo de sangrado (00206) DOMINIO: 11 Seguridad/ Protección CLASE: 2 Lesión física	[1813] Conocimiento: régimen terapéutico. [1908] Detección del riesgo. [0802] Signos vitales	[5618] Enseñanza: procedimiento/ tratamiento. [6610] Identificación de riesgos [4250] Manejo del shock	<p>Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento y duración esperada del mismo. Informar al paciente/allegados sobre la persona que realizará el procedimiento/ tratamiento. Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.</p> <p>Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.</p> <p>Monitorizar los signos vitales, presión arterial, estado mental y diuresis. Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión. Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas. Vigilar la pulsioximetría. Administrar oxígeno. Controlar el ECG.</p>

(CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE)

Tabla 2. Diagnósticos NANDA-I, NOC y NIC (continuación).

Diagnóstico enfermero NANDA-I	Indicador resultados NOC	Indicadores NIC	Actividades enfermeras
Dolor agudo (00132) DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico	[1608] Control de síntomas. [2101] Dolor: efectos nocivos. [1843] Conocimiento: manejo del dolor.	[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos. [490] Manejo del prolapso rectal. [2300] Administración de medicación	Evitar los esfuerzos al defecar, levantar pesos y estar de pie mucho tiempo. Enseñar al paciente a regular la función intestinal mediante dieta, ejercicios y medicación. Ayudar al paciente a identificar las actividades específicas que hayan desencadenado episodios de prolapso rectal en el pasado. Observar si hay incontinencia intestinal. Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar las medicaciones. Seguir las cinco reglas de la administración correcta.
Temor (00148) DOMINIO: Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés. CLASE 2: Respuestas de afrontamiento	[1402] Autocontrol de la ansiedad. [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida	[5610] Enseñanza: prequirúrgica. [5270] Apoyo emocional	Informar al paciente y a la familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía. Duración esperada de la operación. Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía. Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes. Comentar la experiencia emocional con el paciente. Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.

Fuente: Elaboración propia.

Identificados todos los diagnósticos enfermeros, se pueden establecer una serie de intervenciones y actividades enfermeras acordes con los resultados esperados, para ello se usan la taxonomía de resultados esperados¹² (NOC: Nursing Outcomes Classification) y la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)¹³. (Ver tabla 2).

Como Problemas de Colaboración, destacamos la Complicación Potencial: Hemorragia secundario a la perforación de tejidos durante la realización de la técnica.

Entre las actividades a realizar en este tipo de posibles complicaciones por parte de los profesionales de enfermería destacan:

- Control de signos y síntomas, monitorización de los signos vitales: tensión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, temperatura y dolor.
- Mantener al paciente en reposo absoluto hasta indicación médica.
- Cumplir las etapas de la dieta: dieta absoluta hasta ver evolución clínica y parámetros analíticos.
- Cumplir las prescripciones médicas.
- Vigilancia estrecha de agravamiento de los signos y síntomas.

Por último, la evaluación de este plan de cuidados se debe realizar al alta del paciente. Como ya se ha comentado los días de promedios de ingreso es muy bajo, con lo que se hace difícil ver una evolución positiva en los resultados NOC propuestos, por lo que se hace evidente la importancia de la educación para la salud en el paciente y en los familiares directos implicados en los cuidados, para la resolución favorable de los objetivos.

CONCLUSIONES

La disección endoscópica de submucosa ha supuesto un avance en el tratamiento de los cánceres colorrectales, esofágicos y gástrico, en comparación con la polipectomía o la resección endoscópica de la mucosa, principalmente por las siguientes ventajas: El tamaño y la forma resecados se pueden controlar, la resección en bloque es posible en las neoplasias grandes y las neoplasias con fibrosis submucosa. Como desventaja, es una técnica que requiere más tiempo de asistencia, existen más riesgos de sangrado, así como de complicaciones como la perforación, como hemos visto en los datos aportados en este estudio.

Debido a la importancia en la revolución del tratamiento mediante esta técnica han surgido algunas guías, siendo una de las más importantes la Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal, siendo pertinente en el plan de actuación. Pero no existen planes de cuidados de enfermería que sean referencia en la unificación de criterios de actuación que son imprescindibles en el cuidado del paciente sometido a dicha técnica.

Por todos estos motivos, a partir de los datos analizados de 78 pacientes sometidos a esta novedosa terapia se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería estandarizado. La enfermería como ciencia de los cuidados en constante evolución y renovación hace necesaria la actualización de los conocimientos en los cuidados enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhao X, Zhan Q, Xiang L, Wang Y, Wang X, Li A, et al. Clinicopathological Characteristics of Laterally Spreading Colorectal Tumor. PLoS ONE [Internet]. 2014 Apr 21 [cited 2024 Aug 28];9(4):e94552–2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994007/>
2. Toyonaga T, Man-i M, Fujita T, Este JE, Nishino E, Ono W et al. Retrospective study of the technical aspects and complications of endoscopic submucosal dissection for colorectal tumours with lateral extension. 2010 September; 42(9):714-22.
3. Okumura T, Hayashi T, Kudo S, Mochizuki K, Abe M, Sakurai T, et al. Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms: Risk factors for local recurrence and long term surveillance. DEN Open. 2023 Jul 2;4(1).
4. Balmadrid B, Hwang JH. Endoscopic resection of gastric and esophageal cancer. Gastroenterology Report. 2015 Oct 27;gov050.
5. Kakushima N, Fujishiro M. Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal neoplasms. World Journal of Gastroenterology [Internet]. 2008;14(19):2962. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712159/>
6. Arantes V, Espinoza-Ríos J. Manejo del carcinoma de células escamosas de esófago precoces a través de la disección endoscópica submucosa. Revista de Gastroenterología de México. 2018 Jul;83(3):259–67.
7. Cohan J, Donahue C, Pantel H, Ricciardi R, Keliman DA, Lee T et al. Endoscopic intensification: a colon-preserving alternative to colectomy to improve outcomes and reduce costs for patients with advanced neoplastic polyps. 2020 June. 63(6):842-849.
8. Nugent E, Sapci I, Steele SR, Liska D, Casco TL, Gorgun E et al. Pushing the boundaries of endoscopic submucosal dissection: is it feasible and safe in healed lesions?. Dis Colone Recto. 2021 March;64 (3): 343-348.
9. Pimentel P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, Repici A, Vieth M, Ceglie A, Amato A, Berr F et al. Disección submucosa endoscópica: Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE). Endoscopia 2015; 47(09): 829-854
10. Gordon M. (1994) Nursing Diagnosis: Process and Application, 3d Ed. St. Louis: Mosby.
11. Biblioteca virtual Sistema Sanitario Público de Andalucía. Definiciones y clasificación 2021-2023 de NANDA International. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.bvsspa.idm.oclc.org/nanda>.
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Nursing Outcomes Classification (NOC) - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
13. Wagner CM, Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Clarke MF. Nursing Interventions Classification (NIC). Elsevier Health Sciences; 2023.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Parrado Fernández MA. Plan de cuidados estandarizado en la Técnica Disección Endoscópica Submucosa. Hygia de Enfermería. 2025; 42(1): 5-10