

Recibido:
16 de Julio
de 2013

Aceptado:
12 de Diciembre
de 2014

Educación al paciente oncológico y su familia al egreso del servicio de endoscopia

Rosaura Galvis Rodríguez*

RESUMEN

El objetivo del artículo es realizar una revisión de aspectos de la educación del paciente oncológico que ingresa al servicio de endoscopia, desde la perspectiva de enfermería, efectuando una revisión de las actividades educativas que se realizan desde enfermería a los pacientes y cuidadores de pacientes oncológicos que egresan de un servicio de endoscopia y se contrastó con la literatura científica acerca del tema. Se identificaron aspectos claves a incluir en la educación del paciente que egresa del servicio y su familia relacionados con el restablecimiento de las actividades de la vida diaria, efectos secundarios de los procedimientos y complicaciones.

PALABRAS CLAVE: atención de enfermería, endoscopia, educación, enfermería oncológica.**

*Enfermera. Servicio Endoscopia. Instituto Nacional de Cancerología ESE (Colombia). Correo electrónico: publicacion.enf. INC@gmail.com, rosisgr@yahoo.es.

**Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Galvis-Rodríguez R. Educación al paciente oncológico y su familia al egreso del servicio de endoscopia. *Rev. cien. ciudad.* 2014; 11(2): 96-103.

Education for cancer patients and their families after leaving the endoscopy service

ISSN 1794-9831
(IMPRESO)

ISSN 2322-7028
(EN LINEA)

Vol. 11 No. 2

Jul - Dic 2014

Cúcuta, Colombia

ABSTRACT

The objective of this article is to review aspects of education of cancer patients who use the endoscopy service, from the perspective of nursing, making a revision of educational activities that are made from nursing to patients and caregivers of cancer patients who use an endoscopy service was contrasted with the scientific literature on the subject. Key issues were identified for inclusion in patient education who is discharged from the service and his family-related with the restoration activities of the daily life, side effects of procedures and complications.

KEYWORDS: nursing care, endoscopy, education, oncology nursing

Educação para pacientes com câncer e suas famílias após a alta do serviço de endoscopia

RESUMO

O objetivo deste artigo é revisar os aspectos da educação de pacientes com câncer que entram no serviço de endoscopia, a partir da perspectiva da enfermagem, fazendo uma revisão de atividades educativas que são feitas a partir de enfermagem aos pacientes e cuidadores de pacientes com câncer de pós-graduação a partir de um serviço de endoscopia foi contrastado com a literatura científica sobre o assunto. Questões-chave foram identificados para inclusão na educação do paciente é dispensado do serviço e atividades de restauração relacionadas com a família da vida diária, efeitos colaterais e complicações de procedimentos.

PALAVRAS-CHAVE: cuidado de enfermagem, endoscopia, educação, enfermagem oncológica

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un creciente problema de salud pública pues se ha establecido como una de las principales causas de muerte en todo el mundo con 7.6 millones de defunciones en el año 2008. Dos de los principales tipos de cáncer que aportan dolientes a ésta elevada cifra de mortalidad son el cáncer de estómago con 736.000 defunciones y el cáncer colorrectal con 608.000 (1).

En Colombia se vive un panorama similar pues la incidencia de cáncer, y en particular el cáncer de origen gastrointestinal, alcanzan los 17.880 casos de 2002 a 2006 (2).

Los tumores estromales gástricos son los tumores más comunes originados en los tejidos mesenquimales del tracto digestivo. Se encuentran a menudo en el fundus gástrico, la pared frontal del corpus gástrico y el antro, y se pueden clasificar en cuanto a la base del tejido de origen como: procedentes de la muscularis mucosae o la muscularis propria. Como la ubicación de los tumores procedentes de la muscularis mucosae es superficial, la resección endoscópica o de ligación ha sido ampliamente realizada para tratar estos tumores (3).

La resección endoscópica de la mucosa se ha realizado desde principios de los años 90 como una modalidad de tratamiento de la neoplasia gástrica, y desde esta misma época, se ha desarrollado técnica e instrumentalmente la disección endoscópica de la submucosa (4).

Desafortunadamente, los pacientes con cáncer gástrico avanzado tienen un mal pronóstico y tienen que verse sometidos a regímenes de quimioterapia intensiva, así como a procedimientos adicionales relacionados con endoscopia y cuyos principales problemas radican en el número significativo de eventos adversos (5).

En el servicio de endoscopia en el Instituto Nacional de Cancerología ESE (Colombia), se realizan diferentes tipos de procedimientos dentro de los que se destacan la colocación de stent, gastrostomía endoscópica percutánea, dilataciones de esófago, colonoscopias, endoscopias de vías digestivas altas y endosonografías.

Por el carácter de estos procedimientos y por el manejo

cuidadoso que requieren por parte del paciente y su familia al egreso, especialmente en lo concerniente a los hábitos de alimentación y a la vigilancia de signos y síntomas de alarma, se requiere una completa educación por parte del equipo de salud, siendo enfermería uno de sus principales actores en este ámbito. Lo anterior en vista que un manejo óptimo de los procedimientos, mejora el resultado para el paciente aun cuando existe poca información en la literatura en cuanto a la gestión de enfermería en el grupo de pacientes con estos diagnósticos (5).

De esta manera se presenta una revisión de los aspectos centrales a tener en cuenta en la educación al paciente que egresa del servicio de endoscopia con base en la experiencia de trabajo en el Instituto Nacional de Cancerología y soportado en la literatura científica; el propósito es brindar una herramienta útil a los profesionales de enfermería que les permita desarrollar su labor como educadores en servicios de alta complejidad.

Aspectos básicos generales a incluir en la educación

Los procedimientos más comunes en el servicio de endoscopia de la institución (endoscopia de vías digestivas altas, colonoscopia, dilataciones esofágicas, colocación de stent, gastrostomías endoscópicas percutáneas y endosonografías) comparten algunos aspectos en la educación de egreso para el paciente y su familia, por lo que en esta revisión se agruparán en cuatro temas principales:

- El restablecimiento de las actividades de la vida diaria, en particular temas como las indicaciones de reposo y alimentación.
- La identificación de efectos secundarios al procedimiento.
- La identificación temprana de complicaciones asociadas al procedimiento (signos de alarma).
- Educación en el restablecimiento de las actividades de la vida diaria (AVD)

Reposo

Los procedimientos endoscópicos por su carácter invasivo y por el uso o no de sedación, generan diversas inquietudes en los pacientes y cuidadores

acerca del reposo posterior.

Es importante indicar al paciente que en los procedimientos endoscópicos sin sedación se debe realizar un reposo relativo a libre demanda de acuerdo a las condiciones generales del paciente (6).

El paciente oncológico a diferencia de otros, tiene condiciones especiales relacionadas con su patología y tratamientos que lo pueden hacer más vulnerable ante algunos procedimientos, lo que puede determinar que requiera más reposo. Sin embargo, hay que educar acerca de la importancia de la actividad física y su efecto sobre la activación del peristaltismo intestinal y el acondicionamiento físico en general (7).

Si fue un procedimiento endoscópico con sedación, ya sea moderada o profunda, el reposo será a libre demanda con un tiempo cercano a las 12 horas y con restricciones en actividades que requieran el total funcionamiento corporal como por ejemplo conducir, tomar decisiones importantes, firmar documentos o manipular objetos cortopunzantes (8-9).

Alimentación

Por tratarse de procedimientos que inciden directamente sobre el tracto gastrointestinal, las condiciones alimenticias especiales durante la preparación para los mismos y los efectos secundarios que se pueden presentar posteriormente, una de las principales preocupaciones del paciente y el cuidador al egreso es el restablecimiento de la vía oral, los alimentos que pueden o no ser incluidos y sus formas de preparación.

De cualquier forma es importante destacar que se trata de un paciente con cáncer de origen gastrointestinal, que por sus condiciones patológicas puede presentar pérdida de peso, anorexia, estreñimiento, xerostomía, cambios en el gusto, náuseas, vómitos, distensión abdominal, pérdida del apetito y disfagia, lo cual, sumado a muchos otros motivos, requiere un abordaje especial de su nutrición que propenda por la mejora de su calidad de vida (10-11).

Cada caso debe evaluarse de forma individual, según el tipo de cáncer, incidencia de síntomas gastrointestinales, presencia de otros síntomas como dolor, depresión o ansiedad, hábitos alimenticios, vía de alimentación, posibilidades de acceso a determinados alimentos, entre otros (12).

De acuerdo a las anteriores consideraciones, a continuación se mostrarán los aspectos básicos a educar según cada procedimiento, que deben ser sumados a la educación personalizada en aspectos nutricionales según cada caso.

Para endoscopia de vías digestivas altas se recomienda iniciar una dieta normal media hora después del procedimiento. En caso de colonoscopia diagnóstica, se recomienda una dieta normal sin ingesta de lácteos el día del examen (excepto si se presenta diarrea). Cuando se realiza una endoscopia terapéutica (colocación de Stent) se debe iniciar y mantener una dieta con los alimentos licuados; excepcionalmente, se puede realizar una dieta blanda con abundantes líquidos, con el fin de facilitar el paso de los alimentos por el esófago, sin ingerir alimentos sólidos. Después de cada comida debe tomar agua para que el stent quede permeable, el paciente debe comer en posición semifowler para evitar el reflujo.

Cuando se ha realizado una colonoscopia terapéutica (resección de pólipos), se recomienda iniciar con dieta normal evitando los lácteos el día del examen. En endosonografía, se puede iniciar líquidos y alimentos una hora después de realizado el examen.

Finalmente, para el caso de gastrostomía percutánea se debe educar acerca de los cuidados con la alimentación en casa; así:

- “Educación en el manejo de la sonda: Indicar que debe limpiarse el extremo saliente todos los días con un paño húmedo sin hacer tracción, mantenerla permeable mediante la irrigación con 50 ml de agua antes y después de cada administración del alimento o cada tres horas si la infusión es continua, girar diariamente la sonda para evitar adherencias a la piel o a la mucosa gástrica, comprobar que el tope externo no haga tracción sobre la piel, ya que puede ser un motivo de pérdida de integridad de la piel alrededor del estoma e infección. Si el aro está haciendo opresión sobre la piel, indica que se ha movido hacia arriba deslizándolo sobre el tubo.
- Educación en el manejo de la bolsa: Se debe indicar su duración, forma de higienización, conexión, llenado y disposición.

- Educación en el manejo de las formulas alimenticias si están indicadas (horarios, cantidades).
- Educación en la preparación y administración de los alimentos (medidas básicas de higiene en la manipulación de alimentos, almacenamiento, aporte nutricional y textura).
- Educación en el horario de administración de la alimentación, la cual se hace preferiblemente de forma intermitente, ya que es más fácil de administrar, se tolera más fácilmente e interfiere menos con las actividades de la vida diaria.
- Educación en los cuidados del estoma: Indicar la inspección diaria en busca de signos de infección, además del mantenimiento del área en buenas condiciones higiénicas mediante la limpieza con agua y jabón” (11-14) .

Identificación de efectos secundarios comunes al procedimiento

Es necesario educar frente a algunos efectos secundarios a los procedimientos endoscópicos que pueden presentarse de forma usual. Es importante que tanto el paciente como su familia sepan qué pueden llegar a sentir; además se debe informar que son efectos que causan incomodidad pero que no representan peligro si son gestionados de forma correcta. A continuación se mostraran los principales efectos según el procedimiento (15).

Para el caso de endoscopia de vías digestivas altas, dilataciones esofágicas y pilóricas, y colocación de stent:

- Relacionados con el paso de endoscopio por la garganta: Dolor leve a moderado de garganta durante uno o dos días. Para esta sensación, recomendar la toma de líquidos fríos y comida suave (textura). Si el dolor es muy fuerte y le impide respirar bien debe presentarse inmediatamente al servicio de urgencias porque puede haber una perforación (16-17).
- Relacionados con la inyección de aire: Sensación de llenura o malestar estomacal (16-17).

Cuando se realiza colonoscopia:

- Relacionados con el paso del colonoscopio por el ano y el recto: Dolor leve o inflamación del esfínter anal que puede llegar a causar dificultad en la deposición. Para esto se puede recomendar la colocación local de compresas o paquetes fríos (18-19).
- Relacionados con la inyección de aire: Distensión abdominal, cólico abdominal (retorcijones) y flatulencia (18-19).

Cuando se realiza gastrostomía: Dolor leve en el área de inserción de la sonda de gastrostomía y/o leve secreción serosa sin olor alrededor del sitio de inserción (20-21).

En endosonografía esofágica, gástrica o bilopancreática:

- Relacionados con el paso de endoscopio por la garganta: Dolor leve a moderado de garganta durante uno o dos días. Para esta sensación, recomendar la toma de líquidos fríos y comida suave (textura). Si el dolor es muy fuerte y le impide respirar bien debe presentarse inmediatamente al servicio de urgencias porque puede haber una perforación.

Identificación temprana de complicaciones asociadas al procedimiento (signos de alarma)

Aunque los procedimientos endoscópicos son bastante seguros, se pueden presentar algunas complicaciones asociadas que deben ser informadas al paciente y su cuidador y ante las cuales se debe educar en aras de que se identifiquen tempranamente.

A continuación se exponen los tópicos clave a educar frente a los signos de alarma:

Signos aplicables a todos los procedimientos endoscópicos: Si el procedimiento fue realizado bajo sedación, se debe informar la presencia de mareos incontrolables, dolor precordial, dificultad para respirar o pérdida de la conciencia (22).

Si para realizar el procedimiento fue necesario acceder a una vía venosa periférica, se debe educar sobre la presencia de signos de flebitis.

Adicionalmente, pueden presentarse náuseas o vómitos persistentes, presencia de sangre en vómito o heces, dolor torácico y abdominal intenso persistente, pues podría indicar alguna lesión o perforación y temperatura axilar por encima de 38 grados centígrados.

Los signos adicionales en endoscopia de vías digestivas altas incluyen hemorragia nasal o bucal, en especial cuando se identificaron varices esofágicas durante el procedimiento, pues podría indicar la lesión de las mismas.

En dilataciones esofágicas o en colocación de stent:

- Si se realizó una dilatación esofágica, pilórica o del cardias o se colocó un stent se debe comunicar ante la persistencia de disfagia, dolor o dificultad respiratoria, lo que podría indicar que se ha ocasionado una perforación (23).
- Si a pesar de haberse colocado el stent persiste la disfagia, se requiere una valoración médica porque dicha prótesis puede haber migrado (23).

En gastrostomía percutánea pueden presentarse signos adicionales tales como signos de infección en el sitio de inserción (dolor, calor, rubor, tumefacción, salida de secreción purulenta fétida), salida del alimento por las paredes del sitio de inserción, retiro accidental de la sonda y/u obstrucción de la misma (24).

CONCLUSIÓN

El paciente oncológico que egresa del servicio de endoscopia y su familia requiere ser educado de forma específica en el restablecimiento de sus actividades de la vida diaria, la identificación y manejo de efectos secundarios al procedimiento y la identificación temprana de signos de alarma, siendo el personal de enfermería el principal ejecutor de tan importante actividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Cáncer. [Internet]. [consultado 23 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
2. Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer en cifras. Incidencia por tipo de cáncer. [Internet]. 2013 [consultado 23 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=437&conID=790&pagID=1303>.
3. Huang LY, Cui J, Liu YX, Wu CR, Yi D. Endoscopic therapy for gastric stromal tumors originating from the muscularis propria. *World J Gastroenterol*. 2012; 18(26): 3465–3471.
4. Young W, Young J, Kwun I, Kim J, Seok J, Hak J. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: Quo vadis?. *World J Gastroenterol*. 2011; 17(21): 2623–2625.
5. Baker J, Ajani JA. Proactive nurse management guidelines for managing intensive chemotherapy regimens in patients with advanced gastric cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008; 12(3): 227-232.
6. Vásquez J. *Endoscopia Digestiva: Diagnóstica y Terapéutica*. 1 ed. Barcelona: Panamericana; 2008.
7. De la Torre Gálvez I, Cobo M, Mateo T, Vicente L. *Cuidados Enfermeros al Paciente Oncológico*. Málaga: Publicaciones Vértice; 2008.
8. Benito L, Aguado R. Más sobre sedación en endoscopia digestiva. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2009; 101(7): 483-491.
9. Bravo D, Mosqueira L, Miller Ch, Cárcamo C. Sedación en la endoscopia digestiva. *Cuad. Cir*. 2008; 22 (1): 43-49.
10. Fearon K, Barber M, Moses A. The cancer cachexia syndrome. *Surg Oncol Clin N Am*. 2001; 10(1): 109-126.
11. Marín M, Laviano A, Pichard C, Gómez C. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida del paciente con cáncer. *Nutrición Hospitalaria*. 2007; 22(3): 337-350.
12. De Nicola L, Flórez J, Zamora J. Tratamiento nutrición del paciente con cáncer gástrico. *Cancerología*. 2007; 2: 337-344.
13. Friginal A, González S, Lucendo A. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(3): 173-178.
14. Igual D, Marcos A, Robledo P, Fernández M. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. *Medifam*. 2003; 13(1): 12-18.
15. Cordova J, De la Torre A. *Procedimientos endoscópicos en gastroenterología*. 2a. ed. Barcelona: Panamericana; 2009.
16. Dormann A, Meisner S, Verin N et al. Self-expanding metal stents for gastroduodenal malignancies: systematic review of their clinical effectiveness. *Endoscopy*. 2004; 36(6):543-50.
17. Valdivieso E. Paliación endoscópica de cáncer gástrico. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2010; 25(1): 62-67.
18. Yañez F. Complicaciones menores de la colonoscopia. Universidad de la Plata. Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. 2008 [consultado 22 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/31.pdf>.
19. Moreira V, López S. Información al Paciente. Colonoscopia. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2008; 100(6): 372.
20. Fallas, ML. Gastrostomía endoscópica percutánea: Complicaciones frecuentes. *Enfermería en Costa Rica*. 2010; 31(1): 15-16.
21. Spruce P, Warriner L, Keast D, Kennedy A. Heridas en el punto de inserción. *Wounds International*. 2012; 3(2): 1-6.
22. Cohen L, Delegge M, Aisenberg J, Brill J, Inadomi J, Kochman M, et al. AGA Institute review of endoscopic sedation. *Gastroenterology*. 2007; 133(2): 675-701.
23. Oliveros R. Stents expandibles, otra herramienta del gastroenterólogo. Editorial. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2003; 18(2):69-70.
24. Chicharro L, Puiggrós C, Cots I, Pérez C, Planas M. Complicaciones inmediatas de la gastrostomía percutánea de alimentación: 10 años de experiencia. *Nutrición Hospitalaria*. 2009; 24(1): 73-76.