

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

## LO INVISIBLE SE HACE VISIBLE: PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA CROMOENDOSCOPIA

**Autor principal** ELSA ARRIBAS LÓPEZ

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

**Palabras clave** Colitis Ulcerosa                      Prevención Primaria                      Neoplasias Colorrectales                      Atención de Enfermería

### » Resumen

Antecedentes: en la detección precoz del CCR en pacientes con CU de larga evolución se realizaban clásicamente colonoscopias de control con toma de biopsias de forma aleatoria. Descripción del problema: en la actualidad se han desarrollado nuevas técnicas como la cromoendoscopia con magnificación que permiten la toma de biopsias dirigidas, pudiendo así detectar de manera precoz lesiones displásicas. La enfermera debe conocer y dominar esta técnica para poder obtener unos resultados eficaces y de calidad. Resultados y discusión: analizamos dentro de la implantación de esta nueva técnica en qué aspectos puede trabajar la enfermera para obtener resultados óptimos. Destacamos en estos aspectos, la preparación, la sedación y la técnica. Oportunidad de participación del paciente y/o familia: el paciente ha de ser consciente del papel fundamental que tiene en la correcta realización de la cromoendoscopia tanto en la preparación como en la adherencia al seguimiento posterior de su enfermedad. Propuestas de líneas de investigación: uno de los principales pilares en los que la enfermera puede colaborar para que la cromoendoscopia resulte exitosa es la preparación, por lo que se propone realizar un estudio prospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal, analizando la diferencia en la limpieza del colon para esta prueba si se hace incidencia de la importancia de una correcta preparación

### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El cáncer colorrectal (CCR) supone uno de los cánceres más frecuentes de nuestro medio, así mismo es uno de los tumores sobre los que los programas de detección precoz han demostrado su utilidad. Dentro de los grupos de riesgo de padecer CCR destacan los pacientes que padecen colitis ulcerosa (CU) de larga evolución. La CU es una enfermedad inflamatoria intestinal que afecta al colon de manera difusa, afecta a la mucosa y a la submucosa. A nivel endoscópico la superficie mucosa es de aspecto granular, presentándose úlceras sólo en brotes graves, la mayoría de los pacientes presenta afectación rectal, sólo algunos presentan afectación de íleon terminal, las lesiones se distribuyen de manera continua y es frecuente la existencia de pseudopólipos. Los enfermos que padecen CU de larga evolución (más de diez años) tienen un riesgo mayor de padecer CCR. Por ello se realizaban hasta ahora colonoscopias de seguimiento tomando biopsias de modo aleatorio en los distintos

### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Muchas veces la toma de biopsias de manera aleatoria, no tenía resultados concluyentes. Sería mucho más útil y específico la toma de biopsias de manera dirigida sobre lesiones en las que se aprecie displasia, el principal problema es que muchas de estas lesiones pasan desapercibidas en la endoscopia clásica con luz blanca. Por ello se han desarrollado técnicas como la cromoendoscopia, consistente en la aplicación de tinciones sobre la mucosa digestiva para facilitar y mejorar la calidad del diagnóstico. Como método de contraste se usa el índigo carmín, mediante un difusor tipo spray se deposita en la mucosa colónica, sin absorberse, permitiendo resaltar características morfológicas tanto de lesiones ya identificadas, así como otras que no se observan con luz blanca.

Las lesiones que se observan se dividen en función de los patrones de Shin- el Kudo

Tipo I. Patrón redondeado con diámetro de  $0.07 \pm 0.02$  mm y es característico de la mucosa normal del colon.

Tipo II. Patrón con aspecto papilar o estrellado con diámetro de  $0.09 \pm 0.02$  mm.

Tipo III. Patrón elongado y/o tubular sin ramificaciones con diámetro de  $0.22 \pm 0.09$  mm. La Lse refiere a largo.

Tipo IIIS. Patrón tubular y/o redondeado y pequeño con un diámetro de  $0.03 \pm 0.01$  mm. La Sse refiere a pequeño.

Tipo IV. Patrón ramificado en forma de saculaciones y/o giros o circunvoluciones con un diámetro de  $0.93 \pm 0.32$  mm.

### » Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Esta técnica es de reciente implantación en nuestra unidad y se han comunicado los resultados de la implantación de esta técnica objetivando la detección de 1 área de displasia con la 1/2 de biopsias tomadas al comparar las biopsias por cromoendoscopia con las biopsias tomadas con luz blanca (cohorte histórica) referencia en G y H. Por ello, y haciendo una reflexión desde el punto de vista de enfermería, analizamos qué aspectos podemos mejorar para que la realización de la cromoendoscopia sea más eficaz. Creemos que los aspectos sobre los que podemos incidir desde nuestro área de trabajo, serán:

La preparación: es conveniente hacer incidencia en la correcta preparación para la prueba. Desde la consulta de enfermedad inflamatoria intestinal, se debe explicar:

o La cromoendoscopia es una prueba de mayor duración que la colonoscopia.

o Se utiliza una técnica de tinción (índigo carmín) que da a la deposición un color azulado.

o Es de vital importancia que la limpieza sea correcta, para poder observar todos los tramos del intestino. Incidir en la importancia de realizar una preparación adecuada para que la prueba sea eficaz. El paciente deberá hacer una dieta sin residuos unos tres o cuatro días antes, el día antes de la prueba deberá hacer una dieta líquida desde la comida, y la tarde anterior a la prueba tomar la preparación con un evacuable (polietilenglicol, cuatro sobres diluidos en un litro de agua cada uno).

La sedación: Si bien es cierto que la sedación no está relacionada directamente con la detección de áreas displásicas, es evidente que si el paciente está sedado, aunque la exploración se prolongue se podrá observar con detenimiento toda la mucosa del colon, permitiendo un análisis minucioso. Hay que recordar al paciente, que debe permanecer en ayunas unas 8 horas antes de la prueba, para poder sedarle y evitar el riesgo de broncoaspiración. También habrá que incidir en la necesidad de no conducir ni manejar maquinaria pesada en las 6 horas siguientes a la sedación si es realizada con propofol o 24 horas si la sedación es con la combinación fentanilo y midazolam.

La técnica: en este punto resaltamos la necesidad de conocer por parte del personal de enfermería en qué consiste esta nueva técnica. Una

mucofluid® para la limpieza de los restos que quedaran en el colon. Magnificación si dispone de ello el endoscopio. Es importante también realizar la técnica de forma pausada, permitiendo observar con detenimiento todos los tramos del colon, tomar distancias como referencias para asegurarnos que se observa todo el colon con la tinción. Así mismo la enfermera debe poner especial atención en el etiquetado de las biopsias, ya que es esencial para futuras acciones, saber la localización exacta de las lesiones. Y en algún caso tinción de marcaje ante duda o lesión

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Uno de los principales problemas que se presentan a la hora de realizar colonoscopias de calidad, es la mala preparación, cuando quedan restos en el colon, la visión de lesiones se dificulta, esto extrapolado a una técnica nueva para el personal, en la que las lesiones a distinguir son invisibles con luz blanca, puede significar la realización de pruebas que no sean eficaces y útiles. En múltiples ocasiones resulta complicado explicar con claridad cuáles son los pasos que los pacientes han de seguir para llevar a cabo una limpieza correcta, por ello creemos que es necesario dar por escrito estas recomendaciones, con el fin de que el paciente las pueda leer con detenimiento.

Otro problema encontrado es respecto a la sedación, a pesar de utilizar una sedación profunda, al ser la vida media del fármaco utilizado (propofol) corta, el paciente se recupera pronto y en algunas ocasiones, no llega a comprender la necesidad de esperar a que el efecto del fármaco desaparezca totalmente, para trabajar o utilizar maquinaria pesada, suponiendo un peligro para su integridad física.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La implicación del paciente es básica para una correcta adherencia al tratamiento, el paciente ha de ser consciente de la importancia de la realización de la cromoendoscopia como método de detección de lesiones que pueden derivar en cáncer colorrectal. Así mismo es importante que asuman la responsabilidad de realizar una limpieza correcta del colon, para que la prueba pueda ser de utilidad realmente.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

La propuesta de investigación que se propone a partir de lo desarrollado, es la realización de un estudio prospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal, analizando el nivel de limpieza del colon en las cromoendoscopias realizadas durante un año, analizando las realizadas durante los primeros seis meses sin hacer incidencia desde la consulta de enfermería de las pautas a seguir para una limpieza correcta, y las realizadas en los siguientes seis meses haciendo hincapié en cómo se ha de realizar una preparación adecuada, para poder demostrar si una correcta información por parte de enfermería puede ayudar a una preparación adecuada y a que por tanto la prueba sea más eficaz y de mayor calidad. Para medir el grado de limpieza del colon se utilizará la Escala de limpieza de colon de Aronchick (ELCA).

» **Bibliografía.**

- 1) Barreto-Zúñiga R, López-Arce G, et al. Cromoendoscopia con índigo carmín para escrutinio en pacientes con riesgo de cáncer colorrectal en el INCMNSZ. Endoscopia. 2011. Vol. 23, Núm 1.
- 2) Badia Aranda E, Ramos Rosario HA et al. Evaluación de la cromoendoscopia en el seguimiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución: Estudio prospectivo con cohorte histórica. Póster. XVI Reunión Anual de la Asociación Española de