

GASTROSTOMÍAS PERCUTÁNEAS RADIOLÓGICAS: CÓMO Y CON QUÉ MINIMIZAR LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: ANTONIA Gil Sierra, Carolina Calvo Corbella, Paloma Arias Baldo, MARIA JESUS Arias Fernandez, ANA Sanchez Martin, Aranzazu Gutierrez Pantoja

Objetivos Docentes

Revisión de las indicaciones, contraindicaciones, técnica y material necesario para la realización de gastrostomias percutáneas radiológicas, de sus cuidados y manejo posteriores a su colocación, así como de algunos consejos prácticos para evitar las posibles complicaciones que pudieran ocurrir durante el procedimiento.

Revisión del tema

La gastrostomía radiológica percutánea consiste en la inserción de una sonda (definitiva o de larga duración,) en la cavidad gástrica, a través de la pared abdominal anterior, para alimentación y medicación enteral, en pacientes que no se pueden nutrir por vía oral y en los que es previsible que su trastorno nutricional se vaya a mantener por un periodo superior a un mes, en pacientes con sistema digestivo indemne (1).

Las causas más frecuentes por la que se coloca una sonda de gastrostomía percutánea son:

Image: *

1. Única opción de ingesta alimentaria en fases terminales de enfermedades malignas sin otra posibilidad terapéutica mejor.

Image: *

2. Soporte nutricional por inadecuada ingesta oral debido a patología neurológica, pulmonar, de cabeza y cuello o esofágica.

Image: *

3. Pacientes con disminución de la motilidad gástrica (gastroparesia diabética, esclerodermia).

Image: *

4. Solución temporal para nutrir a pacientes con una

enfermedad curable.



5.Descompresión en obstrucciones crónicas de intestino delgado.

Resumen de las indicaciones de la Gastrostomías (tabla 1).

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	NEOPLASIAS	OTRAS ENFERMEDADES
Accidente cerebrovascular	Tumores de esófago	Broncoaspiraciones recidivantes
Corea de Huntington	Tumores de cardias	Anorexia
Demencia senil	Tumores de cuello	Descompresión gastrointestinal
Encefalopatía postanóxica	Tumores de orofaringe	Fibrosis quística
Enfermedad de Alzheimer		Fístula traqueoesofágica
Esclerosis lateral amiotrófica		Desnutrición grave
Esclerosis múltiple		Quemaduras graves
Metástasis cerebrales		Sida avanzado
Poliomielitis		Traumatismos graves
Traumatismos craneales		
Tumores cerebrales		

Hay tres métodos de colocar una gastrostomía : quirúrgica (QG), percutánea con endoscopia (PEG) y percutánea con control radiológico (PRG). La gastrostomía quirúrgica supone una laparotomía, por lo que los procedimientos percutáneos son de primera elección ante la cirugía por su facilidad técnica, no necesitar anestesia general, evitar la morbimortalidad asociada a la laparotomía y ser, por tanto, de menor coste. Por todo ello la gastrostomía laparoscópica fundamentalmente se realiza en pacientes que por otro motivo sea necesaria la intervención quirúrgica, o bien aquellos pacientes que por factores anatómicos no sean candidatos a las técnicas mínimamente invasivas.

La GPR es una buena alternativa a la GEP, e incluso tiene ventajas sobre ésta en algunos casos, ya que evita los riesgos y las molestias propias de la endoscopia y tiene un menor índice de complicaciones. Y desde el punto de vista económico, la GRP es sólo discretamente más cara que la GEP. La elección entre una y otra técnica depende de su disponibilidad en cada centro hospitalario y de la experiencia de las unidades de endoscopia y radiología intervencionista. Las estenosis faringoesofágicas infranqueables con el endoscopio son una indicación específica para la GRP.

Contraindicaciones:

- 1) Defectos no corregibles de la coagulación (si fuera necesario, se realizaría con una aguja de 21G).
- 2) Acceso percutáneo gástrico no satisfactorio (interposición del colon entre pared abdominal y pared gástrica, cámara gástrica excesivamente craneal, hepatomegalia masiva, interposición del hígado entre pared abdominal y pared gástrica).
- 3) Presencia de shunt ventrículo-peritoneal (el riesgo de infección es inaceptable).
- 4) Ascitis masiva.
- 5) Varices abdominales por hipertensión portal.
- 6) Gastrectomía parcial con remanente gástrico sobre el margen costal.
- 7) Afectación de la pared gástrica por infección, inflamación, neoplasia o ulceración.

8)RGE severo.

Técnica: Imágenes 1-8. (2).

Para evitar complicaciones durante el procedimiento (3,4):

1. Se recomienda administrar 200 ml de sulfato de bario 12 horas antes al paciente con el fin de poder visualizar el colon en el momento de la intervención y así evitar pinchazos accidentales del colon y de la pared posterior gástrica.
2. La administración de 1 mg de glucagón iv antes de inflar el estómago permite disminuir la motilidad gástrica y el vaciamiento.
3. Es importante no lubricar el dilatador; se debe lubricar directamente la dermis del paciente. En caso contrario, nos resbalará el dilatador dificultando su manejo.
4. Las sondas yeyunales no se deben girar para evitar que se enrosquen ?
5. Después de finalizar con la nutrición o con la administración de medicamentos infundir 20-30ml ?de agua en la sonda para evitar obstrucciones. ?

CUIDADOS Y LIMPIEZA DE LA SONDA Y DEL ESTOMA

Hay que cuidar la sonda de gastrostomía del paciente como si fuera su propia boca.

Con ello se evitan complicaciones y se alarga su vida media. (5, 6, 7).

El personal sanitario y los cuidadores de los pacientes portadores de una GEP deberán tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Lavarse las manos con agua y jabón cuando vayan a manipular la sonda.
2. Limpiar cada día la parte externa de la sonda con una gasa, agua tibia y jabón suave.
3. Girar cada día la sonda una o más vueltas completas, en sentido horario y antihorario.
4. Lavar la sonda con 20-30 ml de agua tibia una vez administrado el preparado nutricional o el medicamento, convenientemente preparado (jarabes, ampollas y comprimidos muy bien triturados y disueltos).
5. Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.
6. Comprobar que la zona alrededor del estoma no está enrojecida o inflamada y no sea dolorosa.
7. Durante los primeros 15 días, limpiar la zona del estoma con una gasa estéril, agua y jabón suave; después, aplicar una solución antiséptica (povidona yodada) y colocar una gasa estéril en la zona.
8. A partir de la tercera semana, bastará lavar la zona sólo con agua tibia y jabón.
9. Todos estos cuidados se harán diariamente (8, 9, 10, 11).

Imágenes en esta sección:

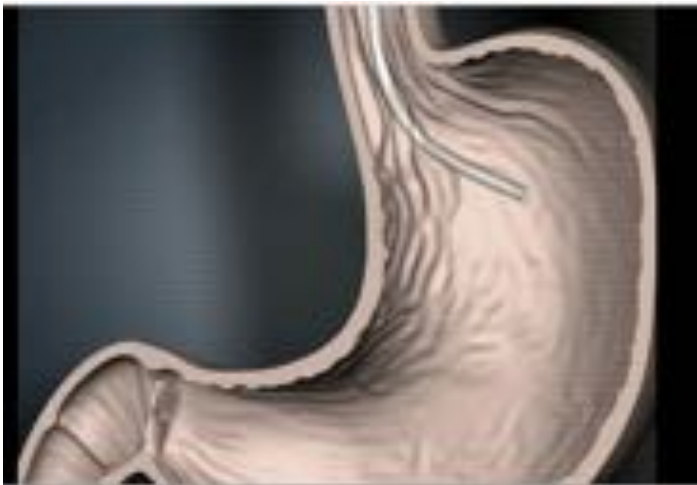


Fig. 1: Introducir SNG o catéter de 4 ó 5 F en estómago para su insuflación con aire.

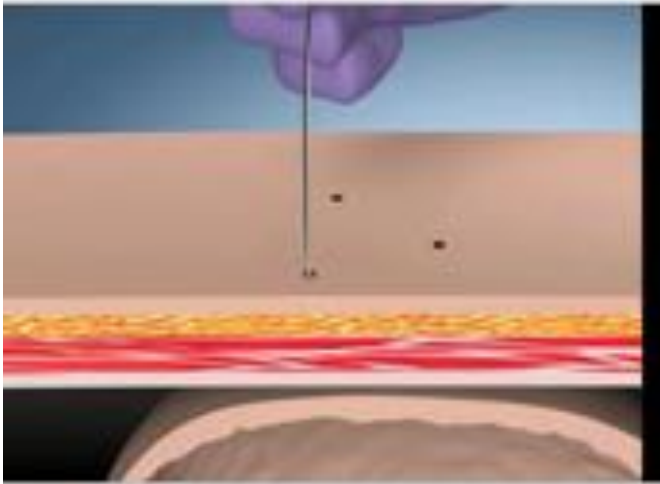


Fig. 2: Pinchar pared gástrica anterior con aguja portadora de gastropexia en el lugar elegido.

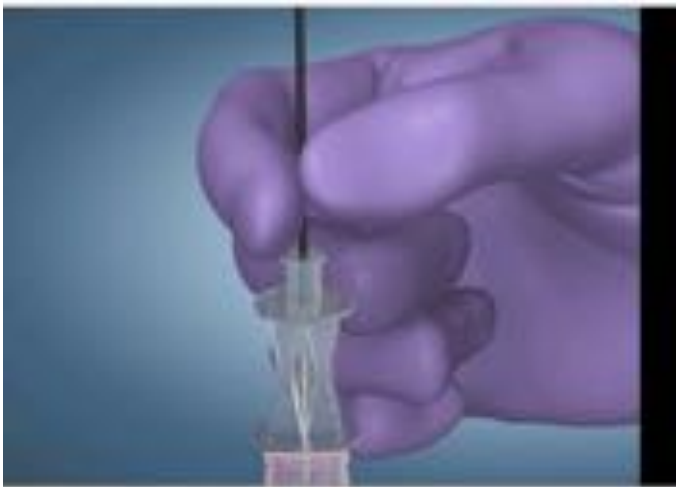


Fig. 3: Introducir guía a través de aguja portadora de gastropexia para que ésta caiga en la cavidad gástrica.

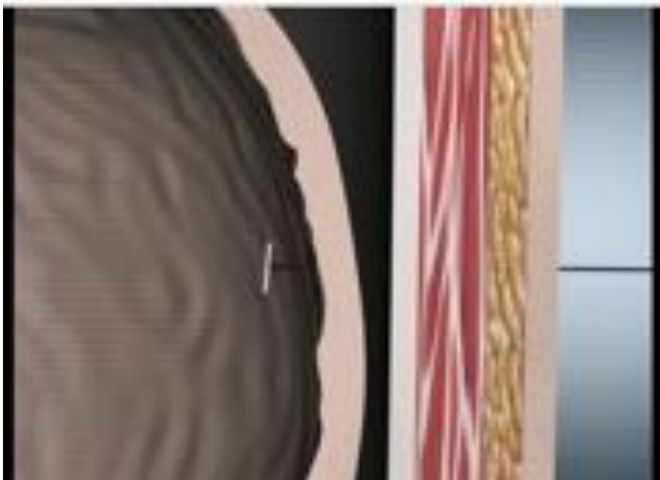


Fig. 4: Gastropexia dentro de la cavidad gástrica.



Fig. 5: Pexia en el interior de la cavidad gástrica.

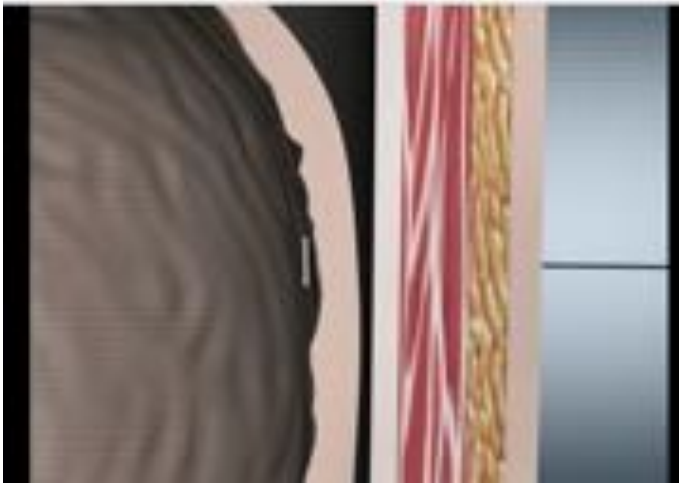


Fig. 6: Ajustamos la gastropexia, para que nos acerque la cara anterior del estómago a la pared abdominal.

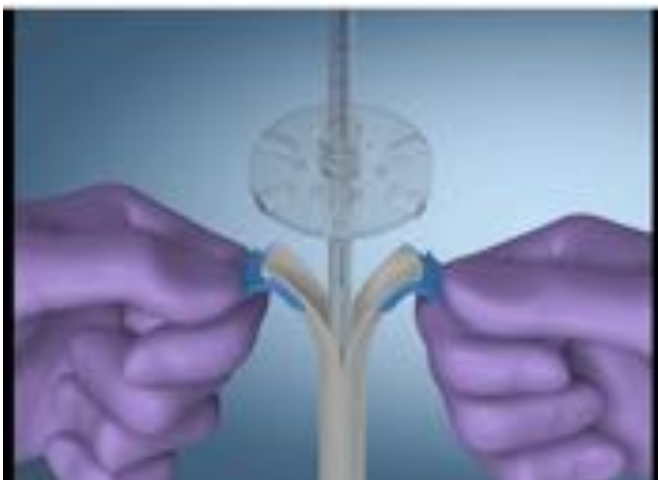


Fig. 8: A través de la guía rígida colocada dentro de la cavidad gástrica, introduciremos los dilatadores y por último dilatador con pelable, que será de dos números mayor que el catéter de gastrostomía que vamos a colocar (pelable de 16F para introducir catéter de 12F).

Conclusiones

Por su utilidad, seguridad, bajo coste y fácil mantenimiento es, en estos momentos, de elección en los pacientes con problemas de deglución.

Bibliografía / Referencias

1. Given MF and col. :The role of the intervencional radiologist in enteral alimentation. Eur.Radiol.2004 Jan;14:38-47.
2. Chio A and col. :Percutaneous radiological gastrostomy: a safe effective method of nutritional tube placement in advanced ALS. J Neurol. Neurosurg Psychiatry. 2004 Apr, 75 (4):645-7.
3. Desport JC and col. : Radiologically inserted gastrostomy is as safe as percutaneous endoscopic technique in amyotrophic lateral sclerosis patients. Clin. Nutr. 2003 Aug 22(S1):S 82.
4. Yip D and col. :Complication Rates and Patency of Radiologically Guided Mushroom Gastrostomy, Ballon Gastrostomy and Gastrojejunostomy: A Review of 250 Procedures. Cardiovasc Interv Radiol 2003 Dec 15; 26 (5).
5. Guiliano AW and col. : Fluoroscopically guided percutaneous placement of large-base gastrostomy and gastrojejunostomy tubes : Review of 109 cases. Vasc Interv Radiol 2000 Feb; 11: 239-49.
6. Ashley S. Shaw, Mary A. Ampong, Alan Rio, Jean McClure, P. Nigel Leigh, and Paul S. Sidhu. Entristar Skin-Level Gastrostomy Tube: Primary Placement with Radiologic Guidance in Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis. Radiology November 2004 233:392-399.
7. Guiliano AW and col. : Fluoroscopically guided percutaneous placement of large-base gastrostomy and gastrojejunostomy tubes : Review of 109 cases. Vasc Interv Radiol 2000 Feb; 11: 239-49.
8. Ozmen M, Akhan O: Percutaneous radiologic gastrostomy. Eur J Radiol 2002; 43:186.
9. Barkmeier JM, Trerotola SO, Wiebke EA, Sherman S, Harris VJ, Snidow JJ, et al. Percutaneous radiologic, surgical endoscopic, and percutaneous endoscopic gastrostomy/gastrojejunostomy: comparative study and cost analysis. Cardiovasc Interv Radiol 1998;21:324-8.
10. Baere de T, Chapot R, Kuoch V, Chevallier P, Delille JP, Domenge C, et al. Percutaneous gastrostomy with fluoroscopic guidance: single-center experience in 500 consecutive cancer patients. Radiology 1999;210:651-4.
11. Cosentini EP, Sautner T, Gnant M, Winkelbauer F, Teleky B, Jakesz R. Outcomes of surgical, percutaneous endoscopic, and percutaneous radiologic gastrostomies. Arch Surg 1998;133:1076-83. 9. Stern JS. Comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy with surgical gastrostomy at a community hospital. Am J Gastroenterol. 1986;81:1171-1173.

Imágenes en esta sección:



Fig. 7: Mantener la pexia pegada a la pared gástrica, pero sin apretar excesivamente para evitar isquemia de la pared, que es la única complicación que podría ocurrir con la utilización de las gastropexias.