INTRODUCCIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica en la que se inserta una sonda de nutrición enteral a través de la pared abdominal, en comunicación directa con el estómago del paciente, de manera que se crea una nueva puerta de entrada de los nutrientes, líquidos y medicamentos.

El método utilizado es un procedimiento endoscópico, el cual permite ventajas frente a otros métodos utilizados (radiología intervencionista con abordaje percutáneo), ya que permite la visión directa del estómago y la posibilidad de comprobar que la sonda se ha colocado correctamente. Se trata de un tubo flexible, normalmente de silicona, con un extremo distal que queda anclado en la cavidad gástrica, mediante un balón, o un anillo de retención redondeado para evitar posibles lesiones o extracciones involuntarias. El extremo proximal contiene una o dos conexiones (dependiendo del tipo de sonda) que se adaptan a las jeringas o bombas de infusión para administrar la fórmula deseada.

A demás esta técnica es un método cada vez más utilizado para alimentación enteral en pacientes que por alguna razón están en incapacidad de deglutir o que al hacerlo presentan un alto riesgo de aspiración. Este método ha venido a reemplazar a la gastrostomía quirúrgica y al uso prolongado de sonda nasogástrica desde su creación, en 1980. Las indicación más frecuente Es la disfagia orofaríngea, secundario a enfermedades neurológicas severas tales como accidentes cerebrovasculares, Parkinson, esclerosis múltiple, y otros procesos tales como trauma severo, demencia, tumores de cabeza y cuello diversos.

OBJETIVO

Estandarizar el proceso de atención diagnóstica del paciente con orden de gastrostomía endoscópica percutánea, desde el momento en que es solicitada hasta el egreso del paciente del servicio de Gastroenterología posterior a la realización del procedimiento.

ALCANCE

Pacientes adultos a los que por orden médica, se les detecta alteración de la deglución.

RESPONSABLES

La aplicación del procedimiento está a cargo del personal asistencial y administrativo de Gastro Elite S.A.S.

DEFINICIONES

Aparato Digestivo: conjunto de órganos encargados del proceso de la digestión, el cual realiza el proceso de transformación de loa alimentos para ser absorbidos y utilizados por las células del organismo y así finalmente ser transportados a la sangre.

GEP: gastrostomía endoscópica percutánea.

Disfagia: La dificultad para tragar (disfagia) significa que el proceso de mover los alimentos o los líquidos de la boca al estómago requiere más tiempo y esfuerzo. La disfagia también puede estar asociada a dolor. En algunos casos, puede ser imposible tragar.

Nutrición enteral: La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda. No se acepta conceptualmente como nutrición enteral la administración oral de fórmulas artificiales.

DESARROLLO

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA:

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica en la que se inserta una sonda de nutrición enteral a través de la pared abdominal, en comunicación directa con el estómago del paciente, de manera que se crea una nueva puerta de entrada de los nutrientes, líquidos y medicamentos.

	Ingresa el paciente a la unidad con acompañante, se inicia anamnesis para tiempo de ayuno, solido 8 horas, ayuno líquidos 4 horas, se indaga si es alérgico algún medicamento y/o al huevo o a la soya, se explica el procedimiento que se le va a

GENERALIDADES	realizar y se procede a firmar el consentimiento informado. Si el paciente no está en capacidad de firmar se hace diligenciar por el acompañante que debe ser mayor de edad, se procede a retiran las pertenencias incluyendo prótesis dentales, se entrega a acompañante, en caso de no tener acompañante se hace firmar el formato de pertenencias al paciente, camillero o jefe encargada del usuario. Finalmente se recibe kit de gastrostomía 20 fr - 22 Fr Paciente hospitalizado: debe venir canalizado El paciente pasa a la sala de procedimientos en la camilla, se monitoriza, se conecta al oxígeno, el Gastroenterólogo explica nuevamente el procedimiento y auxiliar de enfermería aplica el spray y coloca la boquilla, Medico sedación pregunta peso y talla y procede sedar el paciente.
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	Lavado de Manos quirúrgico equipo asistencial. Técnica estéril – Elementos de protección personal, acordes a la técnica equipo asistencial. Se procede al lavado del abdomen del paciente con clorhexidina, mientras la auxiliar asignada a equipos enciende aspirador, monitor, fuente de luz. Aplica lidocaína en la punta del equipo, se pasa el equipo al Gastroenterólogo quien lo introduce en la boca del paciente, pasa el cricofaringeo avanza por esófago, hasta llegar al estómago. El especialista busca que transilumine la luz del equipo para marcar la zona. La auxiliar se cambia de guantes y abre el kit de gastrostomía, se coloca el campo estéril, procede a infiltrar con lidocaína en la zona indicada, para esto se toma un Angulo de 90°, se retira la aguja. Toma el bisturí realizando una incisión de 7 mm, se pasa el trocar a través de esta y se retira el catéter, pasa la guía a través del trocar.

	El médico especialista recupera la guía con un asa de polipectomia. Posteriormente retira el equipo, pasa la sonda de gastrostomía por medio de la guía avanzando lentamente, de forma simultánea la auxiliar va recuperando la guía y la sonda hasta que pasen la pared abdominal. Se posiciona la sonda, retira la guía y el trocar. El Medico nuevamente avanza el equipo y verifica que la sonda este correctamente posicionada, finalmente se coloca el anillo de retención externa, adaptador y verifica permeabilidad de la sonda, y a los cm que queda fijada; Se retira todo y se realiza lavado quirúrgico del área.

INDICACIONES

El objetivo de la colocación de la gastrostomía, es mantener un estado nutricional adecuado en personas que por sus características, físicas o mentales, no pueden alimentarse con normalidad a través de la boca, (Disfagia oro faríngea) generalmente, por procesos patológicos de larga evolución:

- ✓ Enfermedades neurológicas que producen problemas de la deglución, como es el caso de las demencias, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, Guillain-Barré, etc.
- ✓ Enfermedades neoplásicas de la orofaringe, laringe y esófago.
- ✓ Pacientes con traumatismos faciales.
- ✓ Obstrucciones mecánicas o fracaso parcial de la función intestina

CONTRAINDICACIONES

- ✓ Condiciones que pueden impedir la transiluminación gástrica y la consiguiente colocación de la gastrostomía: ascitis, hepatomegalia, obesidad.
- ✓ Enfermedades neoplásicas, inflamatorias e infiltrativas de las paredes gástrica o abdominal o que impidan el paso del endoscopio hasta el estómago.
- ✓ Cuagulopatía grave
- ✓ Gastrectomía total o subtotal
- ✓ Estenosis esofágica

- ✓ Infección activa de la pared anterior del abdomen.

COMPLICACIONES

INMEDIATAS

- ✓ Broncoaspiración
- ✓ Hemorragia (especialmente si existe tratamiento antitrombótico)
- ✓ Perforación del colon sigmoideo
- ✓ Hemorragia de vías digestivas bajas secundario a biopsia.

TARDÍAS

- ✓ Neumonía o broncoaspiración tras administración de nutrición.
- ✓ Peritonitis por lesiones en órganos abdominales durante la colocación de la sonda.
- ✓ Infección del estoma (fiebre, enrojecimiento, celulitis).
- ✓ Desplazamiento de la sonda.
- ✓ Formación de fístulas (tardía).
- ✓ Obstrucción o isquemia del intestino delgado.
- ✓ Neumoperitoneo.
- ✓ Íleo paralítico.

CUIDADOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Lea la orden médica, verifique procedimiento e indicación.

Preparación de recursos materiales:

Mesa de trabajo: protector bucal, asa de polipectomia, lubricante, gasas.

Campo estéril: Se recomienda el uso de doble guantes y apoyo con gasa para retirar la guía y bata ambos elementos estériles, kit de gastrostomía: sonda de gastrostomía, bisturí, aguja percutánea, anestésico local con vasoconstrictor (jeringa y aguja

intramuscular), guía, conector proximal, apósitos, gasas, clorhexidina, tijeras y talla fenestrada.

- ✓ Confirmación con paciente o representante legal de los datos obtenidos en historia clínica y previa firma de consentimiento informado.
- ✓ Confirmación de preparación 8 horas de ayuno y pruebas de coagulación.
- ✓ Instauración de acceso venoso (si no lo llevara).
- ✓ Limpieza de cavidad orofaríngea (con torunda bañada en solución de clorhexidina) y aspiración de secreciones la mañana del procedimiento y antes de realizar el procedimiento.
- ✓ Administración de profilaxis antibiótica 30 minutos antes.
- ✓ Colocación en posición de semi-fowler (inclinación de cabeza 30º).
- ✓ Monitorización de constantes vitales.
- ✓ Retirada de prótesis dental si la hubiera.
- ✓ Administración de oxígeno por orden médica.

Cuidados de enfermería pos inserción:

- ✓ Realizar curación de la estoma con clorhexidina, cubrir con gasas y un apósito estéril.
- ✓ Vigilar las constantes y vía aérea hasta que el paciente presente un estado óptimo para dar el alta o trasladar a salas
- ✓ Administración de analgesia si precisa, según pauta médica.

Seguimiento en salas de hospitalización:

- ✓ Mantenimiento y cuidado de la sonda
- ✓ Rotación de la sonda sin traccionar durante la primera semana cada 24 horas después de su colocación para que no se formen adherencias.
- ✓ Irrigación continúa por 24 horas con SSN a 30 ml/h o 50 ml cada 4 horas
- ✓ Curación cada 8 horas las primeras 48 horas y luego diaria durante 7 - 10 días tras la colocación.
- ✓ Mantener la sonda permeable pasando siempre 30-50 ml de agua antes y después de finalizar la administración de la alimentación y fármacos (pasar siempre triturados).

FORMULACION EXPLICITA DE RECOMENDACIONES

El objetivo principal de la educación estará encaminado a ofrecer la información necesaria sobre los conocimientos y habilidades para que el paciente/cuidador se pueda adaptar a su nueva situación de salud.

Signos y síntomas de alarma: Acudir al centro de salud o urgencias si se observan signos o síntomas como

- ✓ Fiebre.
- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Diarreas persistentes o inhabituales.
- ✓ Náuseas o vómitos persistentes y dolor que puedan indicar posibles complicaciones
- ✓ La administración de medicación debe ser separada de los alimentos, siempre triturada y diluida en agua, limpiar también al finalizar

REFERENCIAS

1. M. Prado. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea,
2. Metas de enferm, Oct 2009; 12(8): 50-53.
3. LC Skitt, JJ Hurley, JK Turner, AJ Green, N Pinch, S Dolwani, GL Swift and
4. JT Grenn. Helping the general physician to improve outcomes alter PEG insertion: how we changed our pactice. Clinical medicine 2011, Vol 11, Nº 2; 132-137.
5. David Westaby, Alison Young, Paul O`Toole, Geoff Smith, David S. Sanders. The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. GUT. 2010; 59: 1592-1605.
6. Glenn M. Eisen, Todd H Baron, Jason A. Dominitz. Role of endoscopy in enteral feeding. American Society For Gastrointestinal Endoscopy.
7. Mark H. Delegue. Endoscopic enteral access for enteral nutrition. American society for gastrointestinal endoscopy. Vol 15, Nº 2 October

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
1	Coordinación de enfermería	Coordinación de enfermería	Dirección Médica
		Coordinación administrativa	