

NUTRICIÓ ARTIFICIAL

MANEIG DE LA GASTROSTOMIA

Dra. Núria Cañameras
DUI: Azucena Doz
DUI: Fina Aroca

22 Novembre 2012

P rograma d'
A tenció
D omiciliària
E quip de
S uport

**PADES
FRÀGIL**

**PADES
PAL·LIACIÓ**

**Geriàtric/
Fràgil-No
oncològic**

**Final
de la vida**

**Oncològic
pal·liatiu**

PADES FRÀGIL

PROFESSIONALS:

1 Metge

1 Treballadora Social

2 Infermeres

TIPUS D'INTERVENCIÓ

Valoració geriàtrica integral, suport i assessorament a demanda dels Equips d'Atenció Primària. Ajuda en la presa de decisions.

Control i seguiment del malalt al domicili. Un dels objectius, en determinats pacients pot ser disminuir la freqüentació a urgències i els dies d'ingrés hospitalari.

Atenció a la fase final i d'agonia.

A QUI ATÉN EL PADES DE FRÀGIL?

1. Pacients amb **malaltia d'òrgan avançada** : ICC, MPOC, IRenal terminal.
2. Pacients amb **malaltia neurològica degenerativa** avançada (Demència, ELA, Parkinson...)
3. Pacients **geriàtrics pluripatològics**, amb alguna situació de salut fràgil, associada principalment a l'edat avançada (AGI).

A QUI ATÉN EL PADES DE FRÀGIL?

4. Pacients amb **nutrició artificial per gastrostomia, amb alta dependència**
Des de 1998 el PADES, en coordinació amb la Unitat de Nutrició i la de Radiologia Vasculat Intervencionista, realitza el control i seguiment d'aquests pacients.

NUTRICIÓ ARTIFICIAL

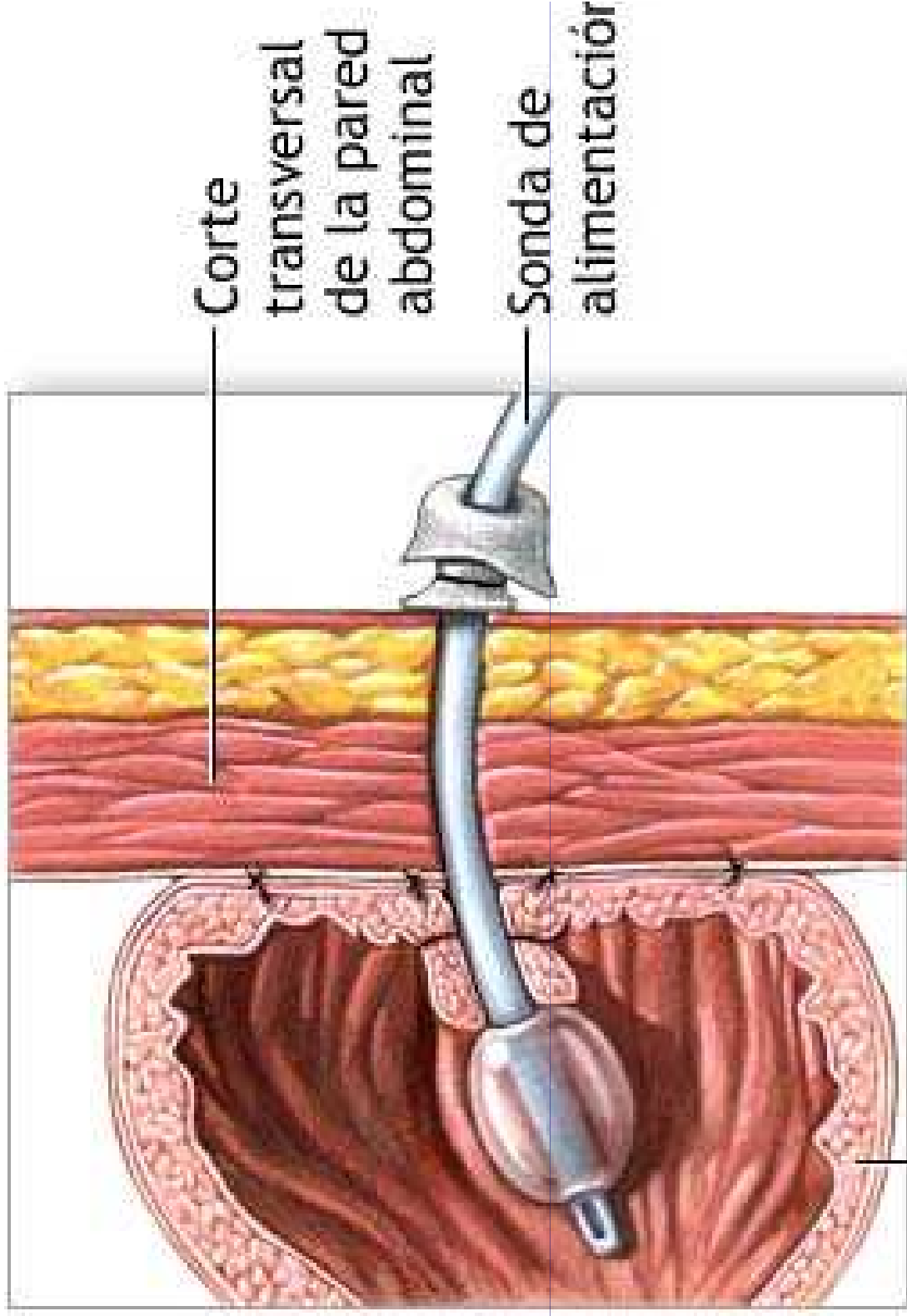
MANEIG DE LA GASTROSTOMIA

Dra. Núria Cañameras
DUI: Azucena Doz
DUI: Fina Aroca

22 Novembre 2012

DEFINICIÓ

La **gastrostomia** és una obertura de la pell a l'estómac mitjançant una sonda, que permet la nutrició artificial enteral a les persones amb impossibilitat per a la ingesta oral.



Corte transversal del estómago

INDICACIONES

- Pacients amb obstrucció mecànica o funcional del tub digestiu alt, amb impossibilitat per a la ingesta oral, i per un temps previsible de més de 4 setmanes.

CONTRAINDICACIONS

➤ **Absolutes:**

- Antecedents de gastrectomia total

➤ **Relatives:**

- Alteracions severes de la coagulació.
- Varius gàstriques
- Interposició del colon
- Gastrectomia subtotal

DIAGNÒSTICS MÉS PREVALENTS

➤ AVC

➤ NEOPLÀSIES D'ORL

➤ MALALTIES NEUROLÒGIQUES
DEGENERATIVES (Demències, Parkinson,
ELA...)

AVANTATGES VS LA SNG

- Evita problemes naso-faringo-esofàgics.
- Menor risc de regurgitació que la S.N.G.
- Proporciona comoditat al pacient.
- Durada perllongada.
- Implantació senzilla.

TIPUS DE GASTROSTOMIES

- **Quirúrgica** 1876 - Verneil
- **Percutània endoscòpica.PEG**
1979 - Gauderer i Pouskin
- **Percutània radiològica** 1981 - Preshau
- **Radiològica-endoscòpica. Tècnica híbrida**
Introduïda fa aprox 2-3 anys al nostre hospital. URVI.

GASTROSTOMIA PERCUTÀNIA RADIOLÒGICA

En el nostre hospital és la tècnica que es practicava habitualment fins fa uns 3 anys a la Unitat de Radiologia Intervencionista.

Característiques:

- Es col·loca sota control radiològic
- Menor sedació.
- Evita les molèsties i riscos de l' endoscòpia.

Material : Poliuretà

En l'actualitat es la tècnica d'elecció per les gastrojejunostomies i en alguns casos concrets en que es més complicat fer una endoscòpia (ex:ELA).

GASTROSTOMIA RADIOLÒGICA- ENDOSCÒPICA

Avantatges vs gastrostomia radiològica

- **Calibre.** Alternativa d'alimentació normal triturada. Menys risc d'obstrucció (14fr vs 20fr)
- **Fixació.** No migració. Minimitza risc potencial de diarrea.
Podria disminuir l'aparició de granulomes, (poca mobilitat de la sonda a nivell d'estoma).
- **Material.** Flexible i transparent.
Sonda de silicona.

PRIMERES SONDES D'INSTAURACIÓ

➤ **Sonda PIGTAIL:**

Tècnica percutània radiològica

1er. recanvi a l'any.

Pot ser recanviada a casa.

Necessari dispositiu de fixació Hollister



➤ **Sonda ENDOVIVE:**

Tècnica híbrida, buco-esofàgica-percutània

1er. recanvi a l'any.

Ha de recanviar-se a l'URVI

No necessita dispositiu Hollister.



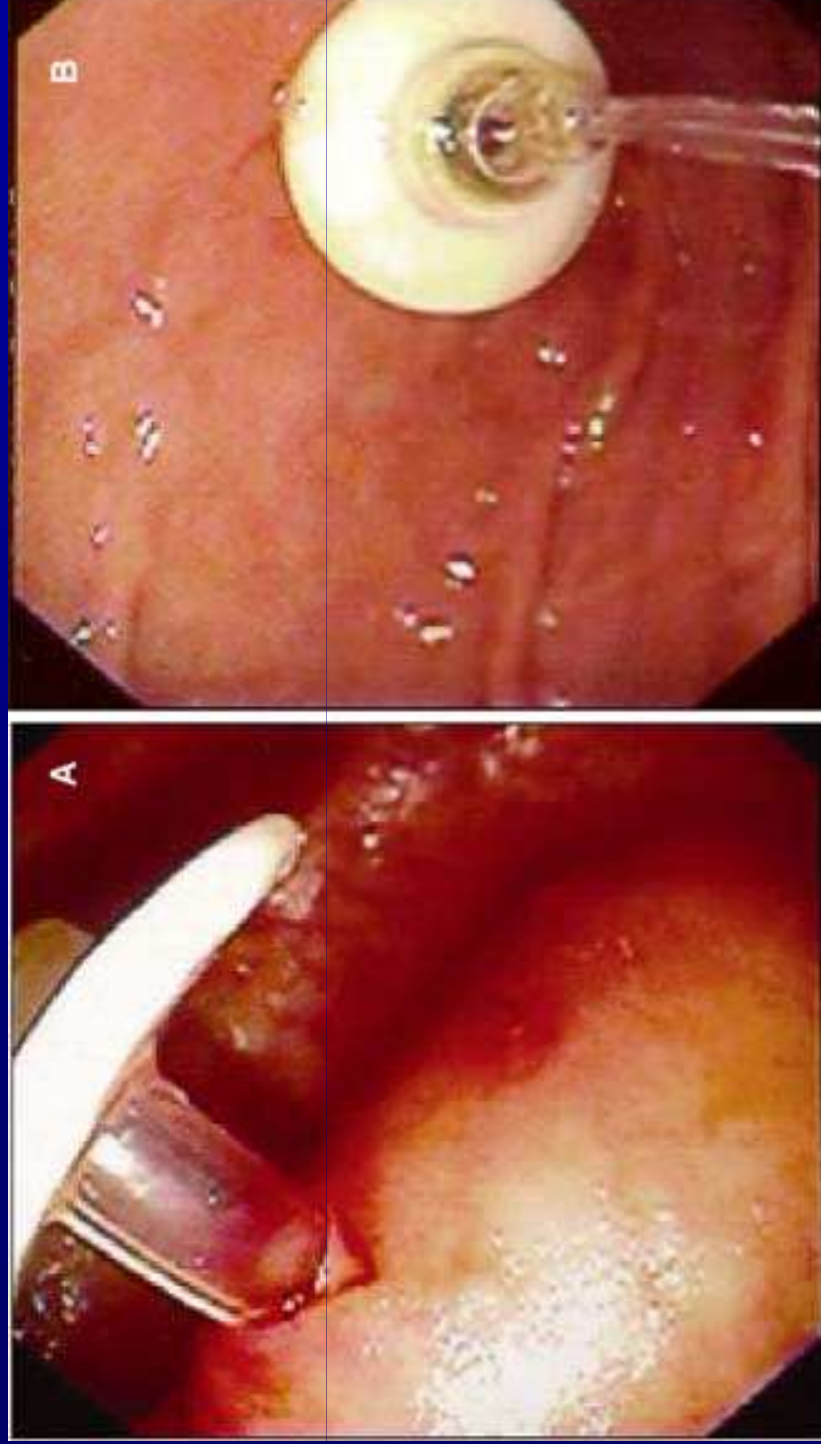


Figura 3. Aspecto endoscópico da parede do estômago. A e B – visão do disco de retenção.

CONTROLS POST- PROCEDIMENT

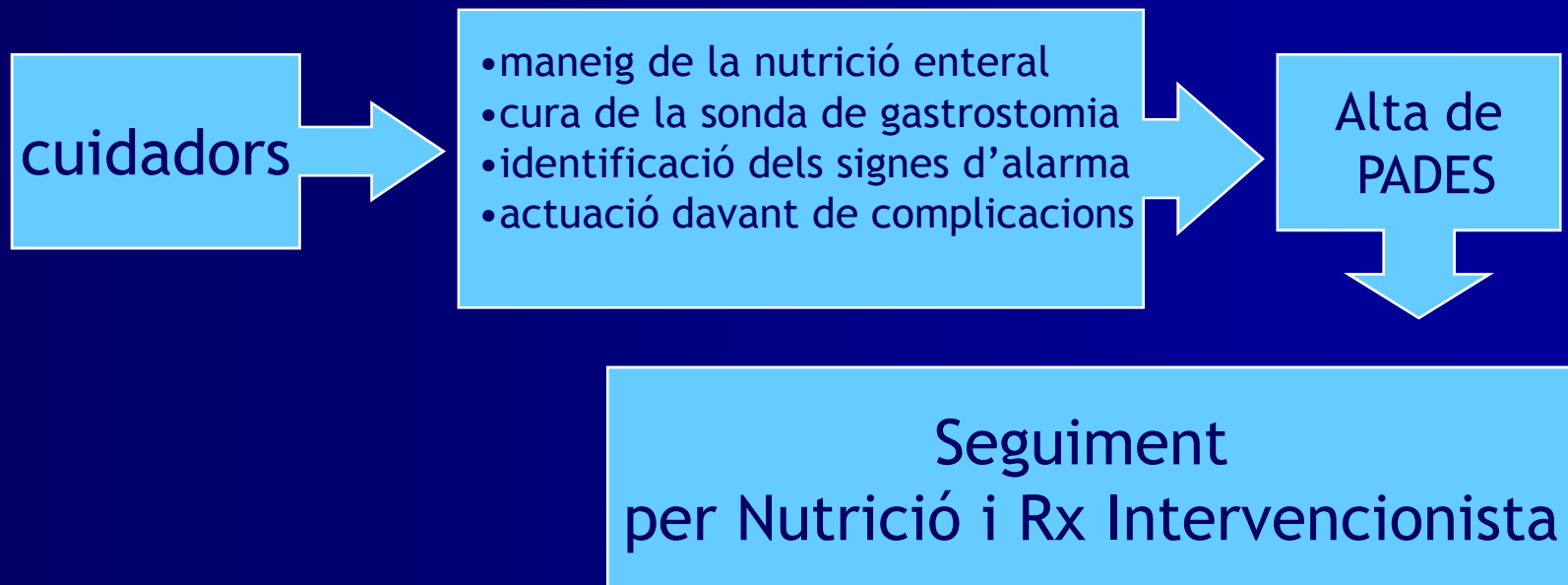
- Control de constants cada 4 hores durant les dotze hores següents.
- Controlar signes d'alerta: febre, hipotensió, ventre en taula...
- Dieta absoluta durant 12 hores.
- Inici de Nutrició Enteral progressiva a les 12 hores del procediment.

COMPLICACIONS INMEDIATES

- PERITONITIS: Perforació de colón, gàstrica.
- HEMORRÀGIA
- NEUMONIA PER ASPIRACIÓ
- DOLOR

OBJECTIUS DEL PADES

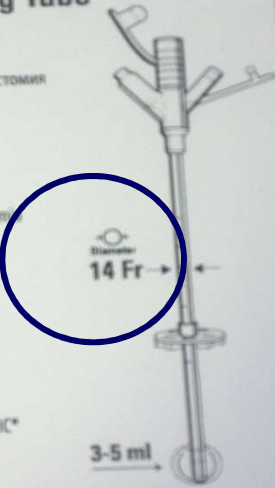
- Avaluació integral del pacient, valorant la necessitat d' intervenció en els diferents aspectes (social, mèdic, infermeria).
- Educació sanitària als cuidadors.



SONDES DE CONTINUITAT

Kimberly-Clark
MIC® Gastrostomy Feeding Tube

⑫ Sonde d'alimentation gastrostomique MIC®
⑬ MIC® Gastrostomie-Ernährungssonde
⑭ MIC® сонда за искусственно хранене при гастростомии
⑮ Sonda de alimentación por gastrostomía MIC®
⑯ Gastrostomickou vyživovací trubicí MIC®
⑰ MIC® gastrostomi-ernæringssonde
⑱ MIC® gastrostomia toitmissondiga
⑲ Σωλήνα σίτισης μέσω γαστροστομίας MIC®
⓪ Tubo MIC® per alimentazione tramite gastrostomia
① MIC® gastrostomijas barošanas zonde
② MIC® gastrostomijas darbinio maitinimo zondė
③ MIC® gastrostomias tápláló szonda
④ MIC® voedingssonde voor gastrostomie
⑤ MIC® gastrostomi ernæringssonde
⑥ Zglebnikiem MIC® do gastrostomii
⑦ Tubo para alimentação por gastrostomia MIC®
⑧ Tubul de alimentare prin gastrostomie MIC®
⑨ Гастростомической питательной трубкой MIC®
⑩ Gastrostomickou vyživovací trubicou MIC®
⑪ MIC® gastrostomsko cevko za hranjenje
⑫ MIC®-maha-avannaruokintalrku
⑬ MIC® gastrostomisond
⑭ MIC® Gastrostomi Besleme Tipü
⑮ MIC® 胃瘻栄養補給チューブ
⑯ MIC® 위루 급식 튜브



14 Fr →

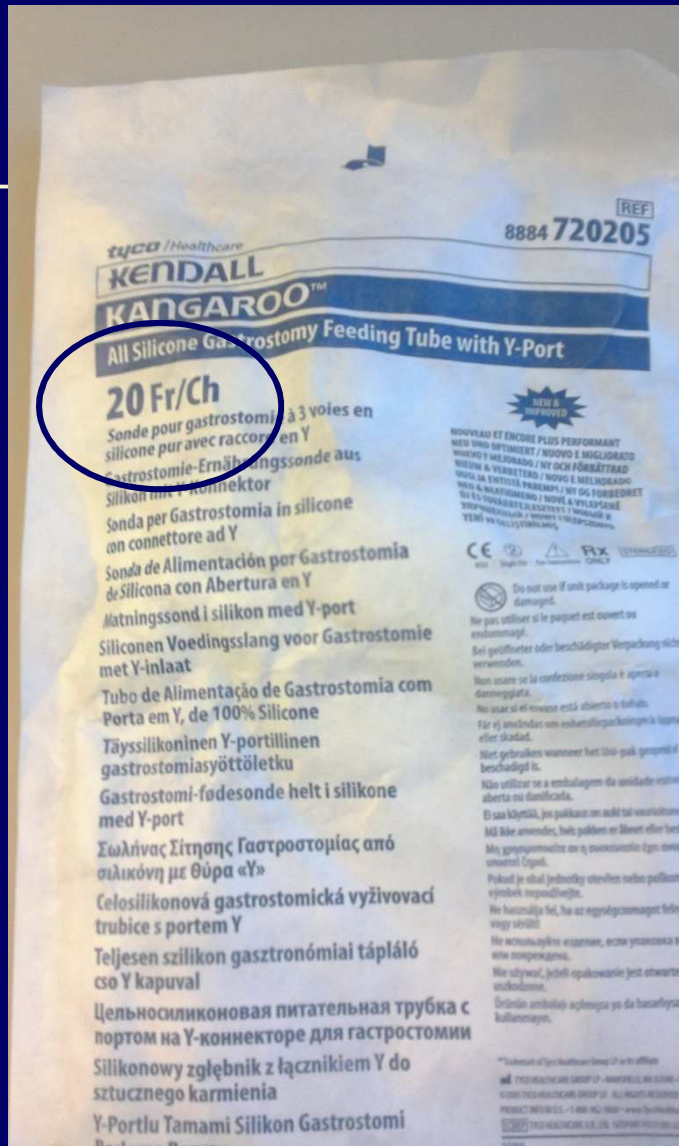
3-5 ml →

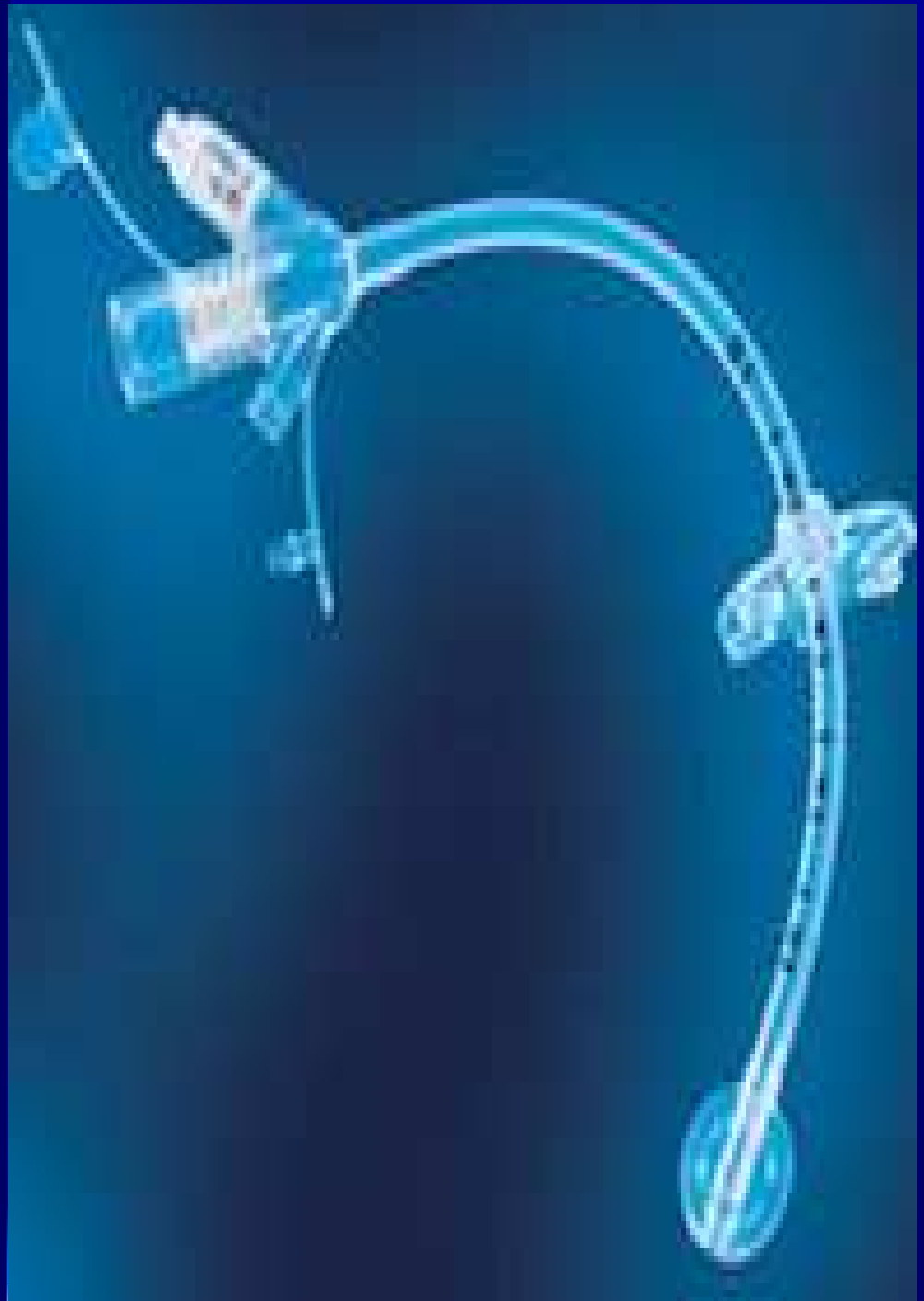
U.S. Patent Nos. 4,701,140; 4,701,141

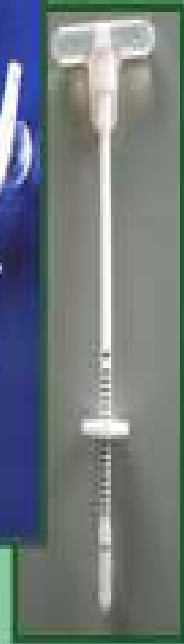
② Single
STERILE
Do Not Use If
Package Is Damaged
Rx On



SONDES DE CONTINUÏTAT







CURES DE LA SONDA DE GASTROSTOMIA

- Neteja diària de la pell que envolta la sonda.
- Rotar diàriament la sonda una volta complerta per evitar adherències.
- Es pot col·locar un apòsit de gasses.
- Comprovar el baló de forma periòdica i reomplir si cal, per evitar que aquest es desinfla i que la sonda surti accidentalment.

COMPLICACIONS TARDANES

Obstrucció:

- Preventivament passar sempre un xeringa d'aigua després de cada presa i dels medicaments.
- Rentats amb aigua tèbia i/o refresc de cola, si no efectiu recanviar sonda.

Dislocació:

- Si és abans de tres mesos de la seva instauració, caldrà ser recol·locada sota control radiològic a l'hospital.
- Si no es disposa de sonda específica de gastrostomia instaurar provisionalment sonda Foley siliconada del mateix calibre que la que portava i gestionar recanvi a URVI de sonda definitiva.

COMPLICACIONS TARDANES

Relacionades amb l'estoma:

- **Granuloma:** Pot arribar a tapar la llum de l'estoma i sagnar amb facilitat. Cauterització amb Nitrat d' Ag.
- **Dermatitis química:** Per fuga de contingut gàstric per l'estoma. Aplicarem una pomada barrera tipus Pasta Lassar i augmentarem el calibre de la sonda si és necessari.
- **Infecció superficial de l'estoma:** Neteja diària amb aigua i sabó, cura tòpica amb iode i control evolutiu.

Relacionades amb el material

(connexions, deterior de la sonda, trencament.)

COMPLICACIONS TARDANES

Complicacions digestives:

1. **Diarrees.** Disminuir velocitat perfusió, aigua d'arròs.
2. **Basques, regurgitacions.** Comprovar retenció gàstrica, disminuir velocitat de perfusió.
3. **Constipació.** Ajustar l'aport de líquids i la fórmula de nutrició.

http://www.youtube.com/watch?v=iLrsKyPKg0s&feature=player_detailpage

CONCLUSIONS

- ❖ Millorar la competència dels cuidadors mitjançant l'educació sanitària, farà disminuir el risc de complicacions de la NE a domicili.
- ❖ Les complicacions tardanes de la NE generalment no són greus i son fàcils de resoldre.

CONSIDERACIONS EN DEMÈNCIES AVANÇADES

- No evidència científica que la NE:
 - Millora la qualitat de vida
 - Augmenta la supervivència
 - Millora la funcionalitat
 - Disminueix el risc de broncoaspiració

CONSIDERACIONS EN DEMÈNCIES AVANÇADES

- La pèrdua de la ingesta s'associa a fase final de malaltia.
- NO INGESTA=CONSEQÜÈNCIA DE LA MALALTIA, NO ÉS LA CAUSA

PRESA DE DECISIONS

- DIFICULTAT PER PRENDRE LA DECISIÓ.
- Factors que influeixen: professionals i pacient/família:
 - Poca evidència científica
 - Valors ètics i morals
 - Percepció de qualitat de vida
 - Factors culturals
 - Factors emocionals
 - Creences religioses
 - Factors financers

PRESA DE DECISIONS

■ Intervencions:

1. Entrevista amb família per conèixer preferències i valors del pacient (DVA o PAD) i tenir en compte tots els aspectes esmentats anteriorment.
2. Consensuar la millor actuació en benefici del pacient.
3. Si no s'arriba a consens → Comitè d'Ètica

BIBLIOGRAFIA

- Does feeding tube insertion and its timing improve survival?

Teno JM, Gonzalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Bynum JP, Mor V

J Am Geriatr Soc.2012 Oct;60(10): 1918-21

- Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances.

Gomes CA Jr, Lustosa SA, Matos D, Andriolo RB, Waisberg DR, Waisberg J.

Cochrane Database Syst Rev.2012 Mar 14

- To PEG or not to PEG:a review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process

Cervo FA, Bryan L, Farber S

Geriatrics.2006 Jun;61(6):30-5

- Ethical aspects of percutaneous endoscopic gastrostomy placement for artificial nutrition and hydration

Arvanitakis M, Ballarin A, Van Gossum A.

Acta Gastroenterol Belg.2006 Jul-Sep;69(3):317-20

- Complications of and controversies associated with percutaneous endoscopic gastrostomy: report of a case and literature review

Potack JZ, Chokhavatia S.

Medscape J Med. 2008 Jun 17;10(6):142

- Indications for percutaneous endoscopic gastrostomy and survival in old adults

Malmgre A, Hede GW, Karlström B, Cederholm T, Lundquist P, Wirén M, Faxén-Irving G.

Food Nutr Res.2011;55.

- Do patients with advanced cognitive impairment admitted to hospitals with higher rates of feeding tube insertion

Cai S, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Bynum JP, Mor V, Teno JM

J Pain Symptom Manage.2012 Aug 4

BIBLIOGRAFIA

- Enteral tube feeding for older people with advanced dementia

Sampson EL, Candy B, Jones L

Cochrane EL, Candy B, Jones L

- Aspectos éticos de la alimentación e hidratación en pacientes con deterioro cognitivo severo

A. Gisbert aguilar

Med Pal Vol.16, Nº 2 220-110 2009

- Decisiones de nutrición artificial en pacientes con gastrostomía

G. Diestre Ortín, A. Nogueras Rimblas, P. Hernando Robles

Med Pal Vol.12 Nº 3; 159-163 2005

Gauderer MWL, Ponsky JL, Izant RI. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg 1980; 15: 872-875.

Darcy MD. Comparison of radiological, endoscopic and surgical enteral access procedures. Sem Intervent Radiol 1996; 13:288-297.

Wollman B, D'Agostino HB, Walus-Wigle JR, Easter DW, Beale A. Percutaneous radiologic and endoscopic gastrostomy: a two-year evaluation. Minimally Invasive Ther. Allied Technol 1996; 5: 544-546.

Espinós JC. Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP): indicaciones clínicas y resultados. Gastroenterol Hepatol 1999; 22:408-414.

Grant JP. Percutaneous endoscopic gastrostomy: initial placement by single endoscopic technique and long-term follow-up. Ann Surg 1993; 217: 168-174.

Espinós JC, Forné M, Porta G, Rius J, Viver JM. Gastrostomía endoscópica percutánea: estudio de 75 pacientes. Rev Esp Enferm Digest 1996; 88 (supl 1): 161.

Pereira JL, Velloso A, Parejo J, Serrano P, Fraile J, Garrido M, Pizarro A, Romero H, Garcia-Luna PP. La gastrostomía y gastroyeyunostomía endoscópica percutánea. Experiencia y su papel en la nutrición enteral domiciliaria. Nutr Hosp 1998; 13(1):50-6.