



Evidence based information sheets for health professionals

Prevención y manejo de las complicaciones asociadas al uso de sondas GEP en adultos

Recomendaciones

Prevención:

- Proporcionar al paciente y / o cuidador(es) instrucciones verbales antes del alta, junto con material escrito sobre el cuidado de la sonda GEP, la zona de inserción y qué hacer en caso de cualquier complicación. **(Grado B)**

Manejo:

- Aclarar la sonda GEP entre las comidas, así como antes y después de administrar medicamentos, puede reducir al mínimo la posibilidad de obstrucción. **(Grado B)**
- Para manejar la obstrucción, pueden emplearse técnicas de aclarado, enzimas o alambres. No está claro si estas soluciones deben emplearse de forma individual, secuencial o simultánea. **(Grado B)**
- El uso de sulfadiazina de plata micronizada puede tener algún beneficio en el manejo de la infección de la zona de inserción de la sonda GEP. **(Grado B)**

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet* se basa en una revisión sistemática "Prevención y manejo de las complicaciones asociadas con el uso de sondas de gastrostomía percutánea en adultos: una revisión sistemática [The Prevention and Management of Complications associated with established Percutaneous Gastrostomy Tubes in Adults: A Systematic Review]"², publicada en el año 2009. El informe de la revisión sistemática está disponible en la página web del Instituto Joanna Briggs <http://www.joannabriggs.edu.au/>

Antecedentes

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) consiste en la inserción de una sonda de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago, mediante una cirugía endoscópica³. Gauderer describió por primera vez el uso de una sonda GEP en 1980⁴, algo más de 100 años después de que Aristide Auguste Stanislas Verneuil introdujera por primera vez el procedimiento de gastrostomía quirúrgica. Este procedimiento

endoscópico se ha convertido en un método ampliamente aceptado de mantener una nutrición enteral a largo plazo en pacientes que son incapaces de mantener su régimen alimenticio por vía oral, pero cuyo tracto gastrointestinal sigue siendo funcional. Este método de inserción de gastrostomía resulta conveniente, ya que requieren menos tiempo de estancia hospitalaria, es menos costoso y es mucho más rápido que la inserción quirúrgica de la sonda de gastrostomía.⁵ La sonda de GEP se coloca principalmente en pacientes mayores con enfermedades crónicas o degenerativas.⁶

Sin embargo, la colocación de estos dispositivos no está exenta de riesgos o controversia, e incluye numerosas cuestiones éticas y clínicas.

Rabeneck y Wray argumentan que, para beneficiar a los pacientes, la sonda GEP debería tener un efecto fisiológico positivo y si no se espera obtener beneficios fisiológicos, no debería insertarse la sonda⁷.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Antecedentes (Cont.)

También evalúan los temas relacionados con la calidad de vida y sugieren que, en ausencia de cualquier beneficio positivo, como por ejemplo en casos de pacientes en estado vegetativo permanente, no debe ofrecerse el uso de sondas GEP. Roche sugiere que deben tenerse en cuenta cuatro aspectos antes de tomar la decisión de colocar una sonda GEP⁶. Estos aspectos incluyen valorar la ingesta oral de los pacientes para comprobar si hay insuficiencia, determinar qué papel desempeña la alimentación en el sistema de valores de los pacientes, valorar la presentación clínica del paciente y determinar si existe un consentimiento informado por parte del paciente o, si esto no fuera posible, la existencia de voluntades anticipadas, formales o expresadas con anterioridad, por parte del paciente.

Las principales complicaciones asociadas con las sondas GEP incluyen trastornos graves como la fascitis necrotizante, la fístula colocolútea, la hemorragia intraperitoneal, la perforación intestinal, la sepsis, el síndrome de absceso oculto y la neumonía por aspiración. Las complicaciones menores recogidas en la literatura incluyen abscesos de la piel, celulitis, obstrucciones de la sonda, caída de la sonda, infecciones de la zona de inserción y escape del contenido gástrico. Las complicaciones más habituales relacionadas con las sondas GEP son la infección local, la excoriación cutánea y la obstrucción⁵.

La decisión de insertar una sonda GEP debe basarse en una comprensión clara de los riesgos y complicaciones potenciales asociados con el procedimiento y cómo se comparan con los beneficios potenciales del procedimiento.

Definiciones

En este *Best Practice information sheet* se utilizan las siguientes definiciones:

Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP): Sonda de alimentación insertada mediante una abertura quirúrgica al estómago a través de la piel y la pared abdominal o por vía percutánea, mediante endoscopia.

Según necesidad: Cambio de las sondas de alimentación de los pacientes según sea necesario.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es resumir la mejor evidencia disponible acerca de la prevención y tratamiento de las complicaciones asociadas con las sondas GEP en adultos. Estas complicaciones incluyen obstrucción, infección de la zona de inserción, excoriación de la zona del estoma y retirada accidental de la sonda.

Calidad de la investigación

De los 40 estudios que cumplían los criterios de inclusión, 35 se excluyeron en la valoración crítica. Así, se han encontrado 5 estudios que investigaban las estrategias para la prevención y / o manejo de la infección, la oclusión y la retirada accidental de las sondas GEP. Dado que no hay ECA comparables y los datos disponibles no pueden combinarse estadísticamente, la información se ha sintetizado en un resumen narrativo. Hay una serie de cuestiones relativas a la prevención y el manejo de las complicaciones asociadas con las sondas GEP, como la excoriación en la zona del estoma, que requieren más investigación.

Tipos de intervención y resultados

Prevención:

Instrucciones previas al alta y material escrito

Es posible limitar las complicaciones posoperatorias si se proporciona a los pacientes y sus cuidadores una combinación de explicación verbal, hojas de instrucciones y folletos acerca de los cuidados de enfermería y el manejo de la GEP.

Frecuencia de los cambios de sonda

Un estudio prospectivo, aleatorizado, no ciego y cruzado comparó seis meses de cambios mensuales rutinarios de la GEP con 6 meses de cambios según necesidad en 26 pacientes. Se comparó la frecuencia de cambio de la sonda, la presencia de infección en la zona del estoma, la toma de antibióticos, los episodios de fiebre y los episodios de vómitos de los participantes del estudio para cada uno de los semestres. La única diferencia significativa entre los dos semestres del estudio fueron 2,9 veces más cambios de sonda en el grupo de los cambios mensuales frente al grupo de los cambios de sonda según necesidad. La infección en la zona del estoma se consideró definitiva o probable si había drenaje purulento o eritema, o si había inflamación y dolor pero no drenaje, y se consideró posible si había eritema únicamente o drenaje no purulento. Los organismos identificados en las zonas del estoma incluían *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*.

Manejo:

Infección en la zona de inserción de la sonda GEP (estoma)

Las infecciones del estoma son la complicación asociada más frecuente de las sondas GEP, con una tasa de ocurrencia de entre un 4,8% y un 58%. Las posibles consecuencias de la infección en la zona son la peritonitis, el absceso profundo y la fascitis necrotizante. Las estrategias de prevención incluyen garantizar que la sonda esté bien fijada, emplear antibióticos tópicos, realizar cambios frecuentes de la sonda y los apósitos, limpiar la zona con agua tibia y jabón dos veces al día o, alternativamente, usar agua oxigenada cada día. Las estrategias de manejo incluyen medidas

antisépticas, uso de apósitos en la herida y tratamiento con antibióticos.

La comparación del uso de sondas de silicona frente a sondas de poliuretano no reveló diferencias significativas entre la longevidad de ambos tipos de sonda, ni en la incidencia de infecciones en la zona, con un 10,9% (25/228) para las sondas de poliuretano y un 8,7% (6/69) para las sondas de silicona. La aplicación tópica de sulfadiazina de plata micronizada resultó un éxito a la hora de tratar todas las infecciones y no fue necesario retirar ninguna sonda debido a la infección.

Oclusión

Los estudios han demostrado que una menor incidencia de obstrucción de las sondas se debe en gran parte a unos buenos cuidados básicos y un alto nivel de experiencia del personal de enfermería. Los bloqueos parecen estar más relacionados con el olvido de limpiar el sonda entre las comidas y antes y después de la administración de medicamentos. Los episodios de obstrucción de la sonda se pueden resolver aclarando o empleando una guía de alambre cuya longitud no exceda la longitud de la GEP a través de la pared abdominal. No se registraron complicaciones al utilizar este método de manejo de la obstrucción. Así, hay una serie de intervenciones disponibles en caso de obstrucción, como el uso de enzimas, el uso de alambres, el aclarado, el cambio de sonda y, finalmente, la extracción de la sonda. El seguimiento a largo plazo de los pacientes con alimentación enteral por GEP muestra en torno a un 6% de incidencia de obstrucción de la sonda, y el 1% de estas obstrucciones se solucionaron mediante la infusión de enzimas proteolíticas.

Retirada accidental

Dos estudios informaron sobre esta intervención; el reemplazo con una nueva sonda fue la única solución ofrecida para la retirada accidental de la sonda GEP.

Implicaciones para la práctica y la investigación

Existe una clara necesidad de realizar estudios comparativos que analicen la eficacia de las intervenciones y, especialmente, estudios que se centren en la prevención de la retirada accidental de la sonda. Además, los estudios experimentales que busquen examinar los diversos aspectos de la prevención y el manejo de las complicaciones asociadas con las sondas GEP podrían proporcionar información más específica para guiar la práctica en este ámbito de los cuidados de enfermería.

Agradecimientos

Este Best Practice informativo ~~ha sido~~ elaborado por el Instituto Joanna Briggs y ha sido revisado por un panel de expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. 2009. Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>.
2. Conroy, T. The Prevention and Management of Complications associated with established Percutaneous Gastrostomy Tubes in Adults: A Systematic Review, JBI Library of Systematic Reviews 2009;7(1):1-37
3. Lipp A, Lusardi G. Systemic antimicrobial prophylaxis for percutaneous endoscopic gastrostomy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006(4).
4. Gauderer MWL, Posnky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy: A percutaneous technique. Journal of Paediatric Surgery. 1980;15:872-5.
5. Botterill I, Miller G, Dexter S, Martin I. Deaths after delayed recognition of percutaneous endoscopic gastrostomy tube migration. BMJ. 1998;317(22nd August):524-5.
6. Roche V. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Clinical care of PEG tubes in older adults. Geriatrics. 2003 November;58(11):22-9.
7. Rabaneck L, McCullough LB, Wray NP. Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. The Lancet. 1997 15 February; 349(9050):496-8.
8. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. Int J of Evid Based Healthc 2005; 3(8):207-215.

¿El paciente está de acuerdo con la inserción de una sonda GEP?



Estrategias de PREVENCIÓN

Chequeos regulares después de la intervención

Ofrecer instrucciones previas al alta

Cambios frecuentes de la sonda

Estrategias de MANEJO

El paciente experimenta complicaciones tras la inserción de la sonda GEP

Seguir monitorizando



Seguir monitorizando



Tratar con antibióticos tópicos
Limpieza frecuente de la zona
Asegurar que la sonda esté bien fijada en la zona

Infección de la zona del estoma

Liberar la obstrucción con una solución alcalina de enzimas pancreáticas o instilar agua templada

Oclusión

Aplicar antiácidos líquidos en la zona

Excoriación de la zona

Reemplazar la sonda de inmediato para negar el cierre del estoma y la necesidad de cirugía adicional

Retirada accidental de la sonda

Versión original traducida al castellano por: Paula García Manchón.

Traducción revisada por: Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by
Blackwell Publishing



"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:



Del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia

Práctica basada en la evidencia

Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴