

Prueba Médica

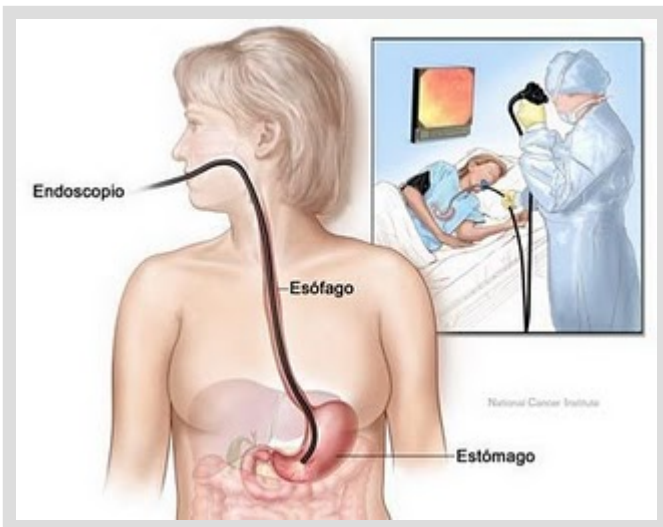
Gastroscopia

La **gastroscopia** también denominada **esofagogastroduodenoscopia** y **endoscopia digestiva alta** consiste en la visualización del tramo digestivo alto (esófago, estómago y la primera y segunda porción del duodeno).

Para ello, empleamos unos aparatos llamados gastroscopios que fundamentalmente consisten en una sonda en cuyo extremo distal lleva una cámara de televisión y en el proximal unos mandos que permiten realizar movimientos con el extremo distal.

El extremo proximal va conectado a un procesador y éste a un monitor de televisión en el que visualizamos las imágenes captadas por la cámara de televisión.

La sonda lleva dos canales uno de insuflación por el cual inyectamos aire para distender el estómago y otro de instrumentación por el que introducimos instrumentos para toma de biopsias, extirpación de pólipos, etc. y también nos sirve para aspirar fluidos. Esta exploración la suele realizar un médico especialista en aparato digestivo o un cirujano adiestrados en la técnica.



UTILIDAD DE LA GASTROSCOPIA

La **gastroscopia** es útil en las siguientes circunstancias: dolor abdominal, anemia, hemorragia digestiva, dificultad para la deglución, estudio de helicobacter, dispepsias, para ver estado del estómago tras cirugía y otras muchas. También se utiliza con fines terapéuticos para tratar hemorragias, dilatar estenosis (estrecheces), colocar prótesis, hacer ligadura de varices, colocar sondas de alimentación etc.

TÉCNICA DE LA GASTROSCOPIA

La **gastroscopia** es un procedimiento en ocasiones molesto sobre todo por las náuseas que puede provocar. Por ello, habitualmente, se seda al paciente para evitar estas molestias.

También cabe la posibilidad de realizar la exploración con un nasogastroscoPIO (un gastroscopio ultrafino que se introduce por la nariz) obviando las náuseas. La exploración se realiza con el paciente en ayunas (un tiempo mínimo de seis horas) para que no tenga vómitos ni aspiración del contenido gástrico a los pulmones y permitir una buena visión.

Se suele anestesiar la garganta con anestésico local para disminuir el reflejo de la náusea. El paciente se acuesta en una camilla

sobre su lado izquierdo y tras sedarlo y colocarle un protector bucal (con la doble función de proteger los dientes de golpes y al gastroscopio de bocados) se procede a introducir el gastroscopio bajo control de la vista a través de la boca hasta la garganta y una vez aquí se introduce en la porción superior del esófago. Siempre bajo visión se progresa hasta el estómago y posteriormente se atraviesa el píloro llegando hasta segunda porción del duodeno.

Durante todo este tiempo se aspiran líquidos o secreciones y se lava con agua. Insuflamos aire para mejor visualización de las cavidades. Una vez alcanzado el duodeno se retira el endoscopio lentamente y se visualizan las lesiones tomados muestras para analizar o se realizan las maniobras terapéuticas pertinentes.

Todo este procedimiento consume de 5 a 20 minutos y después se deja despertar al paciente que debe permanecer en ayunas hasta que recupere el reflejo de la deglución (para comprobarlo debe beber un pequeño trago de agua) unos 30-60 minutos después.



CONTRAINDICACIONES DE LA GASTROSCOPIA

No existen contraindicaciones absolutas pero sí hay **pacientes con alto riesgo** como son:

- Pacientes en shock por hemorragia digestiva masiva (en este caso es mejor recuperarlos y hacer la exploración con el paciente anestesiado e intubado)
- Infarto Agudo de Miocardio reciente o Insuficiencia Cardíaca Severa
- Arritmias cardíacas severas
- Aneurisma de aorta grande
- Divertículos de Zenker
- Esofagitis corrosiva grave
- Postoperatorio inmediato de cirugía digestiva alta
- Trastornos importantes de la coagulación sanguínea
- Mala preparación
- Falta de colaboración
- Infección aguda

- Trastornos ortopédicos o neurológicos que impiden el movimiento del cuello

En estos pacientes hay que valorar muy detenidamente la relación beneficio–riesgo de la exploración y en caso de realizarla tomar las medidas oportunas para evitar las complicaciones y en caso de que se produzcan tener previstos los medios para tratarlas.

COMPLICACIONES DE LA GASTROSCOPIA

La *gastroscopia* tiene muy pocas complicaciones (menos del 1/ 1.000) y suelen darse en pacientes de alto riesgo o como consecuencia de maniobras terapéuticas. Las complicaciones más frecuentes son: broncoaspiración, sangrado, perforación ; también pueden ser secundarias a la sedación producidas por reacción adversa al sedante o anestésico como apnea, bradicardia, hipotensión, broncoespasmo y depresión respiratoria. También cabe la posibilidad de un shock anafiláctico por alergia a algún medicamento.