

# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**“Súpernota de Gastrostomía”**

**Presenta: Mayra Mercedes Lopez Morales**

**MATERIA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS**

**Semestre: 6°**

**Grupo: “B”**

**Docente: Dra. Kikey Lara Martínez**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**12 de Junio del 2020.**

## “GASTROSTOMIA”

La gastrostomía es una operación quirúrgica para crear abertura en el estómago desde la pared abdominal, de modo que el alimento pueda ser introducido sin pasar a través de boca y garganta. En otras palabras, es una fístula creada entre la luz del estómago y la pared abdominal anterior con el objeto de obtener el acceso a la luz gástrica desde el exterior.

Las indicaciones para realizar este procedimiento es más que nada mantener nutrición enteral en paciente con sistema digestivo indemne pero que no se pueda nutrir por vía oral, por ejemplo en neoplasias obstructivas orofaríngeas, esofágicas o gástricas, en enfermedades neurológicas y neuropsiquiátricas, en Traumatismos o tumores de cabeza y cuello, fistulas esofágicas o bien para drenar el estómago de ácido y fluidos. Indicada como soporte nutricional en aquellos casos que la alimentación oral resulta imposible o insuficiente. También dentro de las indicaciones se clasifican definitivas o permanentes (dependiendo el caso).

Existen diferentes tipos de gastrostomía, la primera es la quirúrgica o abierta, en nuestro medio es la que más se realiza, se realiza por medio de una laparotomía, anestesia general, existe mayor morbilidad comparación de las otras, mayor tiempo de recuperación. Existe también la radiológica en este tipo de existe menos complicaciones, discretamente más cara, y por último esta endoscopia, que, si bien es el tipo de gastrostomía más recomendado, en nuestro medio no se practica mucho, ya que es una técnica que por el tipo de equipo y material utilizado sale económicamente elevado. Cabe mencionar que la técnica debe ser la más simple, rápida, continente y con menor morbilidad para el paciente, en las gastrostomías abiertas existen tres técnicas, la más utilizada es la gastrostomía directa de Stamm, es fácil y rápida, existe menor riesgo de reflujo y de supuración del punto de entrada de la sonda, la Incisión supra umbilical sub xifoidea, 6cm aproximadamente.

En la gastrostomía laparoscópicas sus indicaciones están limitadas a la tolerancia al neumoperitoneo, el Instrumental que se utiliza son los siguientes: sutura mecánica laparoscópica, trocar de 12mm con reductor universal, la posición debe ser decúbito dorsal, cirujano entre las piernas del paciente, ayudante a la derecha del cirujano, los trocares por lo general son de 3 a 5, el trocar uno de 10mm: óptica, Línea media, 3cm sobre ombligo o hacia la izquierda transrectal, Trocar dos es de 5mm: a la derecha apófisis xifoides (separador hepático o pinza), trocar tres 12mm: HD para sutura mecánica, trocar cuarto 10mm: HI y por último el trocar 5 de 5mm xifoideo izquierdo. Gastrostomía laparoscópicas. La técnica laparoscópica requiere una buena exposición, cara anterior del fondo y se pueden realizar tres trayectos que son horizontal, oblicuo o vertical.

Dentro de los cuidados de gastrostomía, se administra antibiótico profilaxis (inducción anestésica), se sugiere también aspirar gastrostomía seis horas post operatorias, la sonda de una gastrostomía tunelizada podrá ser retirada a las doce horas post operatorias, en el día uno y dos se introducen de 50-100 ml de agua y alimentación se inicia al tercer día, las curaciones son diarias para la prevención de lesiones periestomales y prevención de infecciones.

# Gastrostomía

“

OPERACIÓN QUIRÚRGICA PARA CREAR ABERTURA EN EL ESTÓMAGO DESDE LA PARED ABDOMINAL, DE MODO QUE EL ALIMENTO PUEDA SER INTRODUCIDO SIN PASAR A TRAVÉS DE BOCA Y GARGANTA.

”

## 1. Indicaciones

MANTENER NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTE CON SISTEMA DIGESTIVO INDEMNTE PERO QUE NO SE PUEDE NUTRIR POR VÍA ORAL. PREVISIBLE QUE TRANSTORNO NUTRICIONAL SE VAYA A MANTENER POR MÁS DE 1 MES.



## 2. Técnicas quirúrgicas

- abierta
- laparoscópica
- endoscópica

## 3. Técnica abierta

1. stamm
2. witzel
3. tunelizada

la técnica debe ser la más simple, rápida y con menor morbilidad para el paciente

## 4. Técnica stamm

FÁCIL Y RÁPIDA • RIESGO DE REFLUJO Y DE SUPURACIÓN DEL PUNTO DE ENTRADA DE LA SONDA • INCISIÓN SUPRAUMBILICAL SUB XIFOIDEA, 6CM APROX.

Técnica:

1. se localiza el punto de entrada al estómago entre dos pinzas Babcock o Allis, a nivel del 1/3 medio (Importante verificar la movilidad gástrica)
2. Se realiza una jareta con material reabsorbible 4/0
3. Incisión musculatura con electrobisturí, hemostasia vasos submucosos





4. Apertura orificio con pinza Kelly e introducción de Sonda Pezzer. - Aplanar sonda Pezzer con ayuda de pinza Kelly



5. se traccionan los hilos para fijar la sonda y se realiza una segunda jareta con el fin de invaginar el cono gástrico

6. exteriorización de la sonda a través de contraincisión transrectal izquierda 1cm - Incisión cutánea, apertura aponeurosis, atravesar m. Recto anterior con pinza Kelly - Precaución con vasos epigástricos

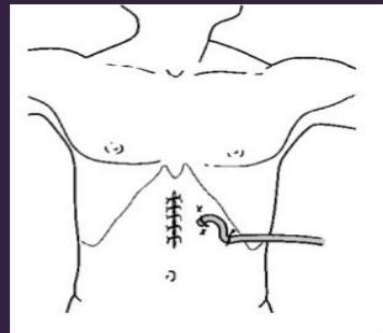


7. fijación de la pared gástrica periestomal al peritoneo parietal por 2-4 puntos cardinales con material reabsorbible 4/0



8. comprobar hermeticidad mediante inyección de agua.

9. fijación a la piel con hilo no reabsorbible - precaución de No estenotar ostomía

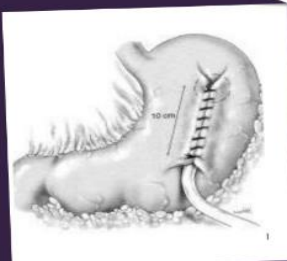


## 5. tecnica witzel

-SE TRATA DE UNA GASTROSTOMÍA CON INVAGINACIÓN DE LA SONDA.

-LOS PRIMEROS PASOS SON SIMILARES

-SE REALIZA UNA TUNELIZACIÓN 10CM SOBRE LA CARA ANTERIOR GÁSTRICA



- Se realiza sutura continua con material reabsorbible 4/0.

– Incidir la capa seromuscular (mas invaginantés)



- Se realiza sutura continua con material reabsorbible 4/0.
  - Incidir la capa seromuscular (mas invaginantes)
  - Todo el espesor gástrico



## 6. tecnica tunelizada

- ALGO MAS PROLONGADA
- MEJOR EVOLUCIÓN POST OPERATORIA
- SISTEMA ANTIRREFLUJO EFICAZ, MAYOR CONTINENCIA, MENOR SUPURACIÓN PARIETAL

- TÉCNICA:
  - CONFECCIONAR A EXPENSAS DE LA CARA ANTERIOR GÁSTRICA UN COLGAJO TUNELIZADO DE 1CM DE DIÁMETRO
  - PUEDE SER ABIERTA O LAPAROSCÓPICA

## CONCLUSION

En lo personal realizar este trabajo me ayudó mucho, ya que aparte de obtener más conocimiento general me ayudo a conocer un poco más a fondo estos procedimientos y por lo tanto poder asistir al cirujano que realice este tipo de cirugía, es importante mencionar que en nuestro medio este tipo de técnicas se realizan más por medio abierto, ya que la economía influye mucho, y aunque hay más riesgos y más tiempo de recuperación se opta por la abierta.

Cabe mencionar que las principales indicaciones en nuestro medio son las demencias y las neoplasias de cabeza y cuello, la complicación más frecuente es la infección del orificio de ostomía, por lo que es importante tener un protocolo que incluya una profilaxis antibiótica, así como limpieza local y medidas de higiene de mantenimiento.

## Fuentes de información

González, A., Román, M., (2014). Complicaciones de la gastrostomía endoscópica percutánea. Hospital Medina del Campo. Recuperado de: [https://aeed.com/documentos/publicos/revista/abril2015/Enferm%20Endosc%20Dig.%202015;2\(1\)16-19.pdf](https://aeed.com/documentos/publicos/revista/abril2015/Enferm%20Endosc%20Dig.%202015;2(1)16-19.pdf)

Pérez, J., (2017). Gastrostomía Endoscópica Percutánea: indicaciones clínicas y resultados. Elsevier. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-gastrostomia-endoscopica-percutanea-gep-indicaciones-9102>