



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“SUPER NOTA”

Brian Martin Morales López

Técnicas Quirúrgicas Básicas

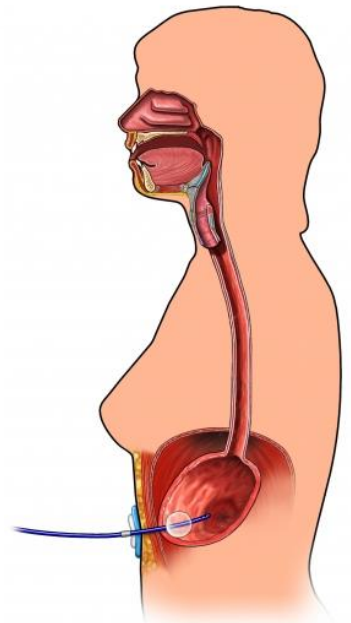
Semestre: 6°

Grupo: “B”

Dra. Kikey Lara Martínez

Comitán de Domínguez; Chiapas, a 10 de Junio del 2020.

NUTRICION ENTERAL



“NUTRICION ENTERAL”

INTRODUCCION

El acceso desde el exterior a la luz gástrica para descompresión o para vía de acceso de nutrición enteral, se ha venido desarrollando de forma regular desde hace muchos años.

Como alternativa al sondaje naso-esófago-gástrico se utilizaron de forma sistemática diversos tipos de gastrostomías quirúrgicas (Witzel, Stamm, Fontan, Janeway), que a pesar de su aparente simplicidad técnica presentaban un índice de complicaciones postoperatorias nada desdeñable, posiblemente en relación con la severa alteración del estado general y nutricional de muchos de estos enfermos.

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Se usa fundamentalmente para administrar alimentación a pacientes con disfagia (dificultad para tragar los alimentos) debida a un problema mecánico o neurológico y que se suponga que puedan tener una adecuada esperanza de vida.

Esta técnica fue introducida en la práctica clínica en 1980 por los cirujanos pediátricos americanos Ponsky y Gauderer. Ha sustituido a la gastrostomía quirúrgica (GQ), pues presenta menos complicaciones, pudiendo realizarse en la mayoría de los casos sin anestesia general, en la sala de endoscopia. Es además un procedimiento rápido, de bajo coste y con escasas complicaciones graves en manos de endoscopistas expertos. La principal indicación para la colocación de una sonda de GEP es poder alimentar a pacientes que presentan dificultad para tragar por problemas mecánicos o neurológicos, y que van a precisar una alimentación por sonda por tiempo prolongado. Aunque en estos casos, lo habitual es la colocación de una sonda a través de la nariz (sonda nasogástrica o SNG), la GEP presenta una serie de ventajas. En primer lugar, al dejar la faringe libre, habrá menos complicaciones locales por el roce de una sonda. Por otro lado, al estar en el vientre del paciente y tapada por la ropa, afecta menos desde el punto de vista psicológico al paciente que una SNG, pudiendo mejorarle la calidad de vida.

En general las complicaciones tras la realización de una GEP son escasas, poco importantes y de fácil tratamiento. La más frecuente es la aparición de infección en el sitio de la gastrostomía. La mortalidad relacionada con el procedimiento es inferior al 1%. Una acertada selección de los pacientes reduce el número de complicaciones.

Para evitar las complicaciones de la GEP es necesario seguir una serie de cuidados de la sonda y del orificio de entrada de la sonda en el cuerpo (estoma) que deben conocer el paciente o sus cuidadores. (Castillo, G., 2011)

1.- Cuidados de la sonda:

- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con un palito de algodón, agua tibia y jabón suave. Aclarar bien y secar.
- Infundir 50 ml de agua tras cada administración de alimentos o medicación.
- Girar diariamente la sonda en sentidos horario y antihorario para evitar que se fije a la pared abdominal.
- Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.
- Comprobar todos los días que el soporte externo de la sonda no oprima la piel del paciente. En caso de que así sea, aumentar la distancia entre éste y el estoma.
- Cambiar diariamente la cinta adhesiva y el lugar de sujeción de la sonda.

2.- Cuidados del estoma:

- Comprobar diariamente que en la zona alrededor del estoma no existe irritación cutánea, enrojecimiento o inflamación, ni es dolorosa y que no salgan líquidos (jugos gástricos).
- Durante los 15 primeros días, limpiar la zona con una gasa, agua y jabón haciendo movimientos en círculos desde la sonda hacia fuera sin apretar. Aplicar una solución antiséptica (povidona yodada) y colocar una gasa estéril en la zona. A partir de la tercera semana es suficiente lavar la zona con agua tibia y jabón.
- El soporte externo puede levantarse o girarse ligeramente para poder limpiar mejor, pero nunca hay que tirar de él.

La yeyunostomía de alimentación es un método consolidado de acceso al tracto gastrointestinal para administrar nutrición enteral (NE) y medicación durante periodos de tiempo prolongados de una forma segura y rentable en pacientes que no toleran alimentación vía oral. Está indicada cuando se prevé que la NE será de larga duración. El método de colocación de la yeyunostomía de alimentación puede ser por intervención quirúrgica, por fluoroscopia o por endoscopia. Normalmente se realiza con sonda de Foley, tubo de Ryle, tubo de Kehr o catéter con aguja (yeyunocath). El yeyunocath es un medio de proporcionar apoyo nutricional en el paciente quirúrgico, aceptándose su uso rutinario en los principales procedimientos del abdomen superior, politraumatismos, tratamientos oncológicos y para el paciente desnutrido. (Sebastián, J., 2014)

GASTROSTOMIA

DEFINICION



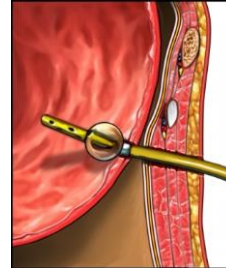
Descompresión.

Nutrición enteral.

Acceso desde el exterior a la luz gástrica.

CLASIFICACION

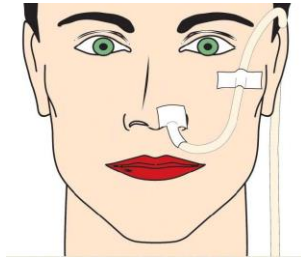
Temporales.



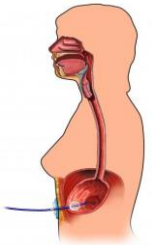
Permanentes.

TIEMPO

< 6 semanas



> 6 semanas



VENTAJAS

Cómoda.

Admón., continua e intermitente.

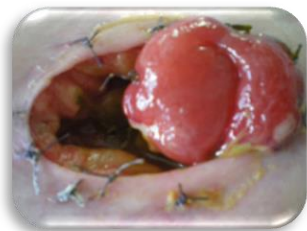


< Riesgo de regurgitación.

Estético.

DESVENTAJAS

Requiere endoscopia.



Intervencionista.

Complicaciones → Estoma.

INDICACIONES



Hernia de hiato paraesofágica.

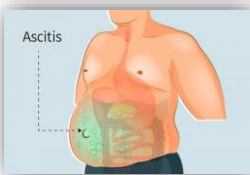
Insuficiencia respiratoria.

Estenosis esofágica benigna.

Intolerancia a la alimentación.

CONTRAINDICACIONES

Trastornos de la pared gástrica.



Ascitis.

Lesiones cutáneas.

Diálisis peritoneal.

Obstrucción distal.

Cuagulopatias.

COMPLICACIONES

Evisceración.

Infecciones.

Hemorragias.

Fascitis necrosante.

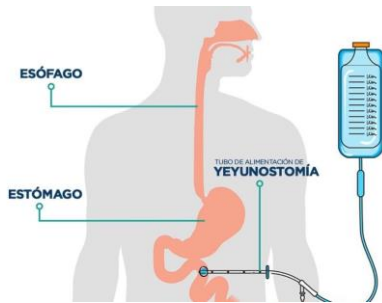


Atonía gástrica.

peritonitis aguda.

YEYUNOSTOMIA

DEFINICION



Sonda alimentaria en el intestino delgado.

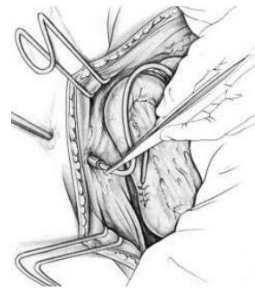
Acceso desde el exterior al yeyuno.

TIPOS

Percutánea.

Gastroyeyunostomia.

Yeyunostomia directa.



Quirúrgica.

Witzel.

“Y” de Roux.

De botón.

INDICACIONES

Nutrición postoperatoria.

Politraumatismos.

Esofagitis por reflujo.

Px. desnutrido.

Déficit neurológico.

Cáncer.



Reflujo gastroesofágico.

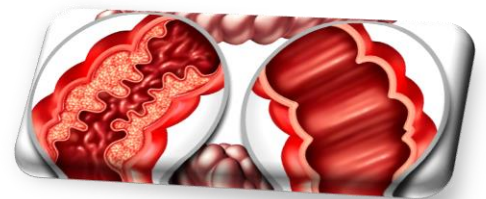
CONTRAINDICACIONES

Enfermedad de Crohn.

Coagulopatias.

Adherencias extensas.

Enteritis por radiación.

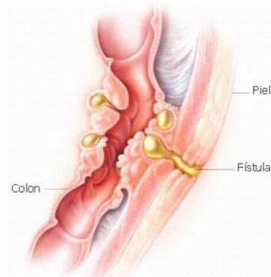


Ascitis.

COMPLICACIONES

Salida accidental del catéter.

Absceso subcutáneo y parietal.



Fuga intraperitoneal.

Fistula digestiva.

Obstrucción o rotura del catéter.

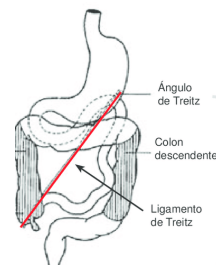
Hernia interna.

TECNICA

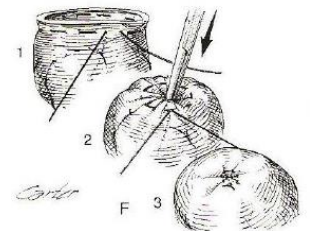
Fácil ejecución.

Fijación.

Punto de inserción → 15-20 cm del ángulo de Treitz.



Bolsa de Tabaco.



CONCLUSION

La nutrición parenteral se definirá como la colocación de una sonda de alimentación a través de la piel y la pared estomacal; esta va directamente al estómago.

La inserción de una sonda de gastrostomía (sonda G) se hace en parte usando un procedimiento llamado endoscopia. Esta es una manera de observar dentro del cuerpo utilizando una sonda flexible con una pequeña cámara en la punta. El endoscopio se introduce a través de la boca y baja por el esófago, el cual lleva al estómago.

Después de que se introduce la sonda de endoscopia, se limpia e insensibiliza la piel por encima del lado izquierdo del abdomen. El medico hace una pequeña incisión quirúrgica en esta área. La sonda G se introduce en el estómago a través de esta incisión y por último se necesitara suturas para cerrar el estómago alrededor de la sonda.

Las sondas de gastrostomía se colocan por varias razones, estas mismas se pueden necesitar por corto tiempo o de manera permanente. Este procedimiento se puede recomendar para:

- Bebes con anomalías congénitas de la boca, el esófago o el estómago (por ejemplo, atresia esofágica o fistula traqueoesofagica).
- Personas que no pueden tragar correctamente.
- Insuficiencia respiratoria, etc.

Los riesgos más frecuentes que conllevan la inserción quirúrgica o endoscópica de una sonda de alimentación son: sangrado e infecciones.

Se trata de una cirugía en su mayor parte simple con buen pronóstico, mas sin embargo se deben tomar cuidados posoperatorios para así evitar complicaciones.

FUENTE DE INFORMACION

Friginal-Ruiz, A. B., González-Castillo, S., & Lucendo, A. J. (2011). Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 173-178.

Sebastián, J. J. (2004). Gastrostomía endoscópica percutánea. Técnica e indicaciones. *Endocrinología y Nutrición*, 51(4), 158-162.