



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**MATERIA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS.**

**CUARTA UNIDAD.**

**TEMA: GASTROSTOMÍAS.**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.**

**ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.**

## GASTROSTOMIAS.

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.

Previo consentimiento informado del paciente, se le traslada a la sala de Endoscopias Digestivas y se administra probablemente una sedación IV. Una vez introducido el endoscopio en el estómago, se coloca al paciente boca arriba y se oscurece la estancia.

Se identifica la zona de la pared del abdomen en la que se ve más la luz del endoscopio que brilla en el interior del paciente.

Se elige ese punto, se desinfecta la piel y se anestesia localmente la pared abdominal.

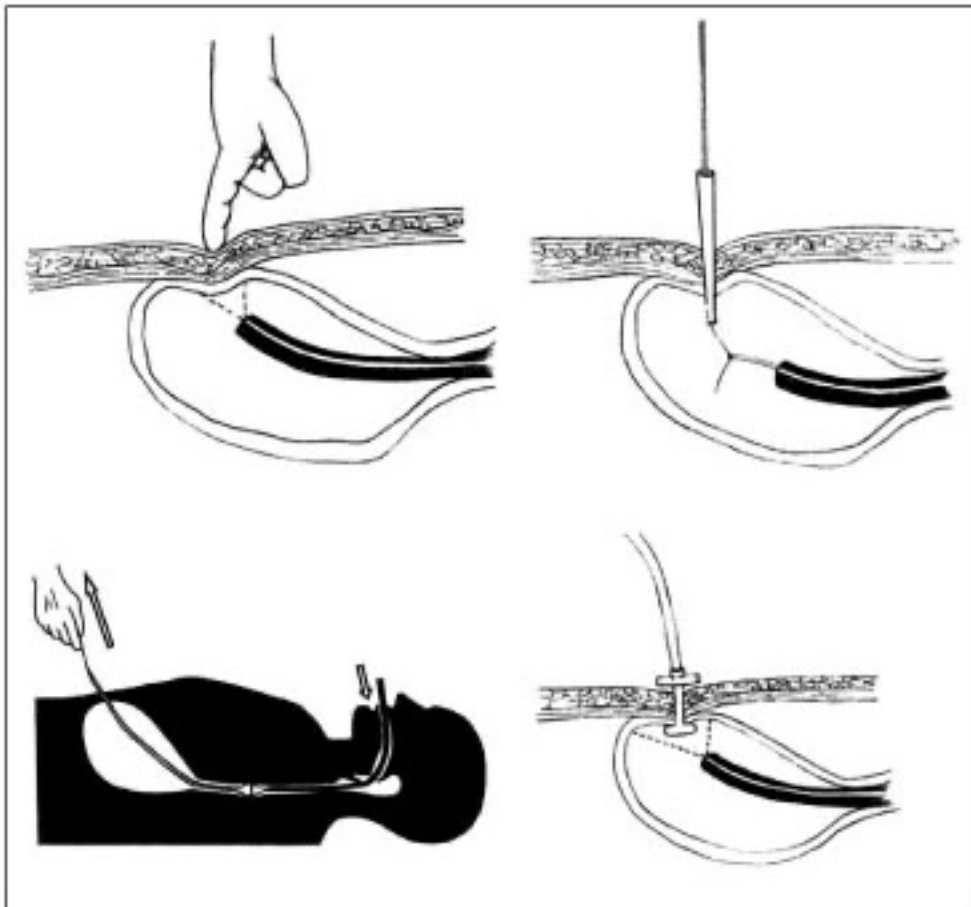
Se realiza una incisión de aproximadamente 1 cm y se punciona con una aguja hueca (trócar) hasta que esta llega al interior del estómago.

A través de del trócar se introduce un alambre guía que se sujetará con el endoscopio mediante una pinza.

Al retirar el endoscopio, se arrastrará el alambre hasta la boca del paciente.

Entonces, se sujeta la sonda al alambre guía y tirando de este, se mete la sonda por la boca y se saca por la incisión abdominal, donde queda sujeta mediante una fijación relativamente rígida.

El procedimiento dura de 15 a 20 minutos por término medio.



La alimentación a través de la sonda se inicia habitualmente a las 24 horas, aunque en nuestra experiencia se puede iniciar a las 6 horas del procedimiento.

La estancia hospitalaria suele ser corta (24 horas) salvo que la enfermedad de base contraindique el alta.

## **COMPLICACIONES Y CUIDADOS DE LA GEP.**

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.

### **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.

### **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.

### **INDICACIÓN.**

La principal indicación para la colocación de una sonda GEP es mantener una nutrición enteral en pacientes con un sistema digestivo indemne, pero que no se pueden nutrir por vía oral y en los que se considere que el periodo de nutrición será superior a 1 mes y la esperanza de vida mayor a 2 meses.

Es por tanto, el método de elección para la nutrición enteral a largo plazo, sobre todo en el ámbito domiciliario.

En pacientes con enfermedades rápidamente progresivas e incurables, la SNG constituye el método de elección para el aporte de nutrientes. Podemos distinguir 3 grupos de pacientes en los que podría estar indicada la colocación de una sonda de nutrición por GEP, atendiendo a la cronicidad de la enfermedad de base y la capacidad de recuperación:

1. Pacientes con cuadros potencialmente reversibles y en los que se prevé que se pueda retirar la GEP una vez resuelto el proceso.
2. Pacientes con enfermedades irreversibles con una su pervivencia

prolongada en los que la GEP se coloca de forma definitiva y contribuye a mejorar su calidad de vida.

3. Pacientes con enfermedades terminales y debilitantes con una expectativa de vida relativamente prolongada. Aquí la indicación deberá ser individualizada y consensuada.

En conjunto las causas más frecuentes (90% de las indicaciones) por las que se realiza una GEP son la disminución de la capacidad de ingesta por procesos neurológicos.

Otro grupo son aquellos por patología tumoral de la cavidad orofaríngea, cuello y esófago.

También de acuerdo a Ponsky y col. se utiliza para decompresión paliativa en carcinomatosis, obstrucción intestinal, tratamiento de vólvulo gástrico, recirculación de bilis, estados hipercatabólicos (quemados, Chrön activa).

La GEP es actualmente reconocida como la técnica de elección para conseguir una nutrición adecuada en pacientes con problemas de deglución pero que mantienen intacto el sistema digestivo y que presentan una relativamente prolongada esperanza de vida.

### **CONTRAINDICACIONES.**

No existen contraindicaciones absolutas a la colocación de la GEP, aunque existe un grupo de enfermedades asociadas que debido al riesgo de complicaciones inmediatas y de fracaso de la técnica se catalogan como contraindicaciones relativas.

Según la Asociación de Endoscopia Digestiva Americana éstas serían la presencia de ascitis significativa, obesidad mórbida y neumonía por aspiración secundaria a reflujo gastroesofágico.

Otras contraindicaciones relativas que mencionan la mayoría de los autores son la presencia de coagulopatía, hipertensión portal y cirugía gástrica previa.

En un 2-8% de los casos, la GEP no se puede realizar al no conseguir transiluminar o identificar el estómago situado directamente sobre pared anterior de abdomen, debido a interposición de otras vísceras (hepatomegalia, colon), situación anómala del estómago, cirugía previa, malformaciones, ascitis u obesidad mórbida.

## **TÉCNICA.**

Previo consentimiento informado, se realiza en la Sala de Endoscopia Terapéutica una endoscopia oral con la premedicación indicada y una vez introducido el endoscopio en el estómago se coloca al paciente en decúbito supino y se oscurece el ambiente.

Cabe mencionar que previo a ello es importante que el endoscopista llegue hasta la segunda o tercera porción del duodeno para comprobar la permeabilidad del tracto digestivo alto.

Se identifica luego la zona de mayor transiluminación en la pared del abdomen, para ello es importante una adecuada insuflación.

Se elige el punto adecuado (por lo general hemiabdomen superior y a la izquierda de la línea media), se procede a desinfectar la piel y se anestesia por planos la pared abdominal.

Se realiza una incisión de aproximadamente 1 cm y se introduce un trocar hasta que se visualiza en el interior del estómago.

A través de la vaina del trocar se introduce una guía teflonada que se sujetará con un asa de polipectomía y se retirará la misma junto con el endoscopio retrogradamente hasta que en la boca del paciente se objetive tanto la porción más distal del instrumento así como la guía saliendo del canal del endoscopio.

La guía apenas visualizada es sujeta para evitar cualquier inconveniente.

Posteriormente la sonda se sujeta a la guía y tirando del otro extremo de ésta, se hace pasar aquélla por la boca del paciente.

Es importante la adecuada lubricación de la guía y sonda mientras van ingresando a la cavidad oral, hasta que sale por la incisión abdominal, donde queda sujeta mediante una fijación relativamente rígida.

Es preciso no dejar la sonda muy tensionada para evitar que se provoquen cambios isquémicos de la zona dérmico-gástrica.

Por protocolo también, realizamos una endoscopia alta de control con el fin de revisar y verificar el sitio de las gastrostomía.

El procedimiento dura de 15 a 20 minutos por término medio.

Con la práctica hemos llegado a realizar procedimientos completos en su mayoría entre 9 a 11 minutos. Todos los pacientes eran luego observados por un promedio de 150 minutos (rango 120-170) y evacuados de la unidad con funciones vitales estables y en estado similar al ingreso a la Unidad.