



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“GASTROSTOMIAS”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 6

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,
NOVIEMBRE 2020**

GASTROSTOMIAS

La gastrostomía se realiza para alimentación o bien, para descompresión y drenaje gástrico.

Incisiones

Las incisiones que, comúnmente, se emplean son la laparotomía media supraumbilical y la transversal pararrectal izquierda; ambas de fácil ejecución con anestesia local infiltrativa

En el segundo caso (incisión transversal pararrectal izquierda), las fibras de los músculos anchos del abdomen se separan con una pinza de Kelly. Al penetrar en la cavidad peritoneal se reconoce al estómago por el color blanco rosado y el marcado grosor de sus paredes. Al tirar de estas se comprueba, también, una gran elasticidad. Estos detalles son importantes cuando se trabaja en un campo reducido. El colon tiene un color blanco mate y se aprecian fácilmente las cintillas o tenias. Después de reconocer el estómago, se escoge el lugar del cuerpo, cercano a la gran curvatura, para introducir la sonda (Pezzer destechada o Foley)

Métodos

La gastrostomía puede realizarse por vía percutánea, por acceso laparoscópico o por técnica abierta. A la fecha, el método utilizado más a menudo es la gastrostomía endoscópica percutánea. Las técnicas abiertas incluyen el método de Stamm, el método de Witzel y el método de Janeway. Este último método crea un estoma permanente que puede ser cateterizado según sea necesario, pero a través del cual no ocurre drenaje espontáneo. La gastrostomía de Janeway es más complicada que otras técnicas abiertas y rara vez es necesaria. Con mucho, la técnica quirúrgica más común es la gastrostomía de Stamm, que puede realizarse por acceso abierto o laparoscópico.

Gastrostomía de suturas concéntricas en bolsa o técnica Stamm-Senn

Es la que se utiliza con mayor frecuencia por la rapidez en su ejecución. Se colocan dos suturas en bolsa con catgut crómico número 2-0 y en su centro se realiza una incisión de 1 cm, a través de la cual se introduce la sonda que se fija al anudar dichas suturas.

Se prefiere exteriorizar la sonda por la herida, a pesar del indudable mayor riesgo de infección, por la ventaja de un cómodo y seguro cierre del peritoneo y fijación del estómago, para prevenir fugas de jugo gástrico o alimentos a la cavidad peritoneal. Se recomienda esperar 24 h, para usar la gastrostomía en la alimentación.

Gastrostomía en túnel, técnica de Witzel

Esencialmente no difiere de la anterior. Se coloca una sutura en bolsa que fija la sonda, que se adosa a la pared anterior del estómago, y se construye un túnel con material no absorbible número 2-0.

La fijación ulterior del estómago al peritoneo es igual a la técnica de Stamm-Senn. Existen procedimientos técnicos más o menos complicados, con el objetivo de servir de válvulas, pero han caído en desuso, ya que toda gastrostomía tiene tendencia, con el tiempo, a hacerse incontinente, entre otros muchos inconvenientes. Las gastrostomías permanentes (tubos gástricos revestidos interiormente de mucosa) se usan muy poco.

Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)

Se necesitan conocimientos sobre endoscopia; puede utilizarse para la descompresión gástrica o para la alimentación; riesgo de broncoaspiración; puede perdurar por 12 a 24 meses; ligero incremento en las tasas de complicaciones en el sitio de colocación y de fugas

Gastrostomía quirúrgica

Requiere anestesia general y una pequeña laparotomía; el procedimiento puede permitir la colocación de sitios para alimentación duodenal/yeyunal; es posible la colocación laparoscópica

Gastrostomía fluoroscópica

Colocación a ciegas utilizando agujas y puntas con forma de T para fijar al estómago; a través de ésta pueden hacerse avanzar pequeños catéteres hacia el duodeno/yeyuno bajo guía fluoroscópica

Complicaciones

Las complicaciones de la gastrostomía incluyen infección, desalojo de la sonda, fuga con peritonitis y neumonía por broncoaspiración. Aunque las sondas para gastrostomía casi siempre evitan la dilatación tensa del estómago, podrían no drenar de manera óptima la víscera, sobre todo si el paciente se mantiene en cama

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