

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

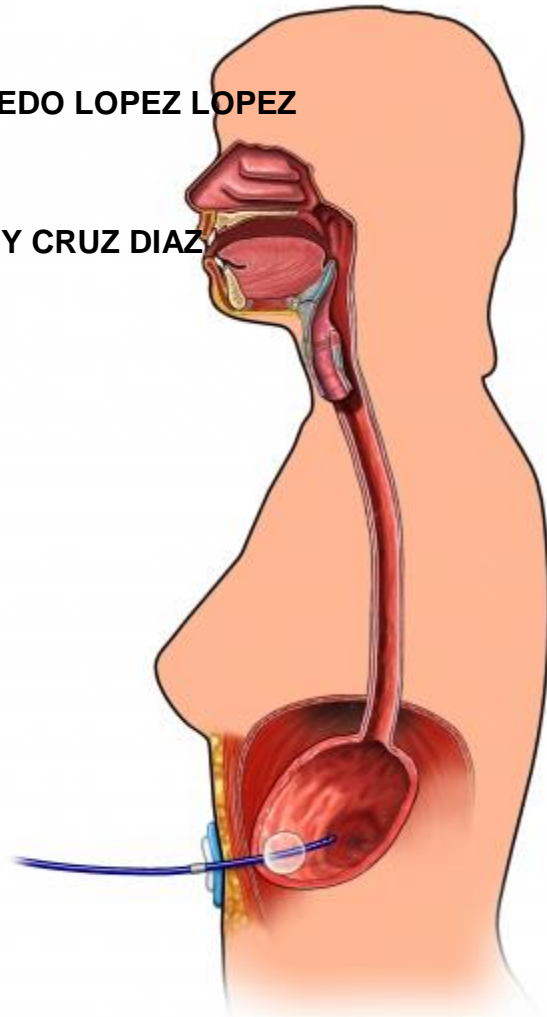
MATERIA: TECNICAS QUIRURGICAS

TEMA: GASTROSTOMIAS

UNIDAD: CUARTA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 6° "A"

FECHA DE ENTREGA: 06-ENERO-2021



INTRODUCCIÓN

Desde que se describió la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) en 1980, esta se ha convertido en la técnica de elección a la hora de indicar una gastrostomía de alimentación debido al menor número de complicaciones, reservando las técnicas quirúrgicas sólo para aquellas situaciones donde las técnicas percutáneas están contraindicadas o en las que el paciente, precisa, por otro motivo, la intervención quirúrgica.

En los últimos años se han descrito, gracias al desarrollo de la cirugía laparoscópica mínimamente invasiva, nuevas técnicas para la realización de gastrostomías quirúrgicas (GQ) con el objetivo de disminuir las complicaciones postoperatorias y favorecer una recuperación e introducción de la nutrición enteral (NE) precoz. Los resultados de estas técnicas son comparables a los de la PEG.

INDICACIONES

La indicación principal de colocar una sonda de gastrostomía es mantener una nutrición enteral en pacientes con sistema digestivo indemne pero que, por diferentes causas, no se puedan nutrir por vía oral, y en los que es previsible que su trastorno nutricional se mantendrá por un período superior a un mes. La causa más frecuente (90% de las indicaciones) por la que se coloca una sonda de gastrostomía percutánea endoscópica es la disminución de la capacidad de ingesta, fundamentalmente por procesos neurológicos (ELA, demencia senil, accidente cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, etc).

TECNICA

En cuanto al abordaje quirúrgico convencional o gastrostomía laparotómica abierta (GQA), se han descrito cuatro tipos de gastrostomías. Todas comparten aspectos técnicos comunes como son la realización de una laparotomía media

supraumbilical y la exteriorización del tubo de alimentación por una contraincisión a nivel de hipocondrio izquierdo:

1) Gastrostomía tubular de Witzel: Consiste en la inserción del tubo de gastrostomía mediante un túnel seroso a nivel de pared anterior gástrica.

2) Gastrostomía tipo Stamm o Fontan: Gastrostomía consistente en la invaginación del punto de inserción del catéter de gastrostomía mediante dos bolsas de tabaco.

3) Gastrostomía con sonda de balón: Técnicamente es parecida a la gastrostomía de Fontan. Se realiza una pequeña incisión en la pared gástrica para introducir el catéter, invaginándolo mediante una sutura en jareta, y la fijación al peritoneo parietal con dos puntos.

4) Gastrostomía de Janeway: Esta técnica consiste en la realización de una tubulización de pared anterior gástrica desde curvatura menor gástrica hacia la curvatura mayor de unos 10 cms de largo, exteriorizando el tubo gástrico a nivel de hipocondrio izquierdo conformando un verdadero estoma al fijar la mucosa gástrica a la piel circundante a la exteriorización de la gastrostomía. Esta tubulización se puede realizar manualmente o con el uso de grapadoras lineales, lo que favorece su realización por laparoscopia.

Con la evolución de la cirugía laparoscópica, al igual que en otros campos de la cirugía, este tipo de abordaje mínimamente invasivo ha sido empleado para la realización de gastrostomías quirúrgicas. La mayoría de técnicas son modificaciones de las técnicas previamente descritas como la gastrostomía tubulada de Janeway o la gastrostomía de Fontan.

CONTRAINDICACIONES.

No existen contraindicaciones absolutas para la colocación de una sonda de gastrostomía percutánea endoscópica. Las contraindicaciones relativas a la misma

son la ascitis (acúmulo de líquido libre en el abdomen), las infecciones graves de la pared abdominal, los pacientes en diálisis peritoneal, la obesidad mórbida y los trastornos severos e incorregibles de la coagulación, entre otros.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones asociadas a la GEP suelen ser leves. La complicación más frecuente, que puede aparecer hasta en el 30 % de los casos, es la infección de los bordes del estoma (orificio practicado en la pared abdominal durante la colocación de la sonda). La infección de la herida suele estar producida por gérmenes presentes en la faringe de los enfermos hospitalizados y que son arrastrados por la propia sonda cuando es introducida. El empleo de algunos antibióticos de forma profiláctica puede reducir significativamente el riesgo de infección de los bordes del estoma. La aplicación de una pomada triantibiótica que lubrique la sonda puede reducir también notablemente el riesgo de infección.

La infección de los bordes del estoma se trata con antibióticos dirigidos. Para ello, se tomarán muestras de exudado a dicho nivel para realizar cultivo y antibiograma. Aparte, se limpiará bien la herida y se separarán un poco los topes de la sonda. Si pese a ello aparecen celulitis en la zona o se forma un absceso de pared, habrá que proceder a retirar la sonda y a su desbridamiento quirúrgico.

Cuando la incisión de la pared abdominal ha sido demasiado amplia, pueden filtrarse restos alimentarios y secreción gástrica por los bordes del estoma. Ello ocasiona enrojecimiento, edema y escozor a dicho nivel. Puede solucionarse ajustando los topes de la sonda y reduciendo el volumen y el ritmo del alimento administrado.

Dentro de las complicaciones graves, la neumonía por aspiración es una de las más severas y frecuentes. La broncoaspiración puede ocurrir de forma inmediata, durante la colocación de la GEP o cuando se inicia la alimentación, y de forma diferida.

CUIDADOS DE LA SONDA Y EL ESTOMA

La sonda de gastrostomía del paciente hay que cuidarla como si fuera su propia boca.

Con ello se evitan complicaciones y se alarga su vida media.

El personal sanitario y los cuidadores de los pacientes portadores de una GEP deberán tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Lavarse las manos con agua y jabón cuando vayan a manipular la sonda.
2. Limpiar cada día la parte externa de la sonda con una gasa, agua tibia y jabón suave.
3. Girar cada día la sonda una o más vueltas completas, en sentido horario y antihorario.
4. Lavar la sonda con 20-30 ml. de agua tibia una vez administrado el preparado nutricional o el medicamento, convenientemente preparado (jarabes, ampollas y comprimidos muy bien triturados y disueltos).
5. Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.
6. Comprobar que la zona alrededor del estoma no está enrojecida, inflamada o es dolorosa.
7. Durante los primeros 15 días, limpiar la zona del estoma con una gasa estéril, agua y jabón suave; después, aplicar una solución antiséptica (povidona yodada) y colocar una gasa estéril en la zona.
8. A partir de la tercera semana, bastará lavar la zona sólo con agua tibia y jabón.
9. Todos estos cuidados se harán diariamente.

CONCLUSIÓN

La alimentación por gastrostomía (acceso desde el exterior de la pared abdominal a la luz gástrica) es un método de soporte nutricional indicado en pacientes con el tracto gastrointestinal funcionando pero incapaces de recibir alimentación oral

adecuada por disfunción neurológica o por obstrucción mecánica pregástrica, que se ha venido desarrollando de forma regular desde hace muchos años.

En los últimos años, con el avance de la cirugía mínimamente invasiva, se han desarrollado nuevas técnicas laparoscópicas para la realización de las GQ para dar respuesta a aquellos casos en los que las técnicas percutáneas, endoscópicas o radiológicas, están contraindicadas. Los resultados en morbilidad y mortalidad de estas técnicas quirúrgicas laparoscópicas son comparables a los de la PEG; aunque el coste del PEG es menor por lo que sigue considerándose de elección.

Actualmente se recomienda la técnica laparoscópica en pacientes con contraindicación para técnicas percutáneas, pacientes con tumores de cabeza y cuello con severo estrechamiento de la vía aérea que tienen riesgo de obstrucción completa de la vía aérea durante la endoscopia, pacientes a los que se vaya a llevar a cabo una resección o reconstrucción de tumores de cabeza y cuello, pacientes con trauma severo de cara y/o cuello y aquellos que vayan a requerir una intervención por vía laparoscópica. Por otra parte la gastrostomía quirúrgica abierta sigue siendo necesaria en pacientes con extensas adhesiones abdominales o que precisen una laparotomía por otro motivo.

BIBLIOGRAFÍAS:

[Comparación entre dos tipos de gastrostomías quirúrgicas, abierta y laparoscópica, en nutrición enteral domiciliaria \(isciii.es\)](#)

[Gastrostomía - ARAELA. Asociación Aragonesa de Esclerosis Lateral Amiotrófica.](#)