



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA



DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6º

UNIDAD: 4

MATERIA: TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

TITULO DEL TRABAJO: GASTROSTOMIA.

(MAPA CONCEPTUAL)

GASTROSTOMIA

OBJETIVO: Permitir la colocación de una sonda para alimentación.

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

Permite la nutrición, la administración de líquidos y/o medicamentos directamente en el estómago, sin pasar por la boca y el esófago.

CLASIFICACION

SEGÚN SU PERMANENCIA

TEMPORALES:

- Recubiertas de serosa.
- No pierden jugos gástricos.
- Confección más fácil.
- Cierre espontáneo.

DESVENTAJAS:

- El tubo debe permanecer constante.
- El tubo puede deslizarse fuera de la fístula
- Pueden ser arrancados por el paciente

Permanentes

- Recubiertas de mucosa
- El tubo se inserta solo con los alimentos

INDICACIONES

- Neoplasias obstructivas, orofaríngeas, esofágicas o gástricas altas.
- Enfermedades neurológicas o neuropsiquiátricas
- Traumatismos de cabeza y cuello
- Tumores de cabeza y cuello
- Fistulas esofágicas
- Estados caquecticos

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Trastornos de la pared gástrica
- Gastrectomía o esofagectomía con reconstrucción de la pared
- Interposición de colon transverso
- Interposición de lóbulo hepático izquierdo
- Obstrucción antroplórica y duodenal.

RELATIVAS

- Coagulopatias
- Hipertensión portal

TECNICA

-Anestesia General.

-Posición: Decúbito supino.

1. Incisión de piel con MB 3 (15) se continúa hasta llegar a cavidad.
2. Rechazamos órganos con Richardson.
3. Se identifica el estómago, se toma con pinza babcock y se tracciona hasta ponerlo en contacto con la herida, la incisión se separa con los separador de Richardson.
4. El cirujano realiza una jareta en la cara anterior del estómago con cc 3/0 SH.
5. Con MB 3 (15) se hace un ojal en el centro de la jareta.
6. Inmediatamente se aspira el contenido gástrico con la cánula de Yankawer para evitar contaminación de la cavidad abdominal
7. Se introduce la sonda al peritoneo, se fija en su lugar y se saca por contrabertura con una pequeña incisión con ayuda del MB 3 (15) se toma la sonda con pinza Rochester y se aboca al exterior fijándola posteriormente.
8. Conteo de compresas
9. Lavado de cavidad
10. Cierre por planos.

CUIDADOS

- 1.- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con una torunda, agua tibia y jabón suave. Aclarar bien y secar.
- 2.- Infundir 50 ml de agua tras cada administración de alimentos o medicación.
- 3.- Girar diariamente la sonda en sentidos horario y anti-horario.
- 4.- Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.
- 5.- Comprobar todos los días que el soporte externo no oprima la piel del paciente. En caso de que así sea, aumentar la distancia entre éste y el estoma.
- 6.- Cambiar diariamente la cinta adhesiva y el lugar de sujeción de la sonda

COMPLICACIONES

- Infecciones de los bordes del estoma
- Fuga del contenido gástrico
- Desplazamiento de la sonda
- Fiebre
- Obstrucción de la sonda
- Rotura de la sonda

RIESGOS

- Infección
- Sangrado

SEGÚN LA FORMACION DE LA FISTULA

-SIMPLES

- DE STAMM.
- DE JANEWAY
- DE BECK CARREL JIANU GEP
- DE WITZEL.
- ESFINTERIANOS
- TUNELIZADOS
- VALVULARES
- TUBULARES

BIBLIOGRAFIA

- F. Charles Brunicki, Dana K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn , John G. Hunter, Jeffrey B. Matthews, Raphael E. Pollock. (2011). SCHWARTZ, PRINCIPIOS DE CIRUGÍA NOVENA EDICIÓN. México, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Auckland : Mc Graw Hill
- <https://www.asge.org/home/for-patients/patient-information/c%C3%B3mo-comprender-lagastrom%>
- dlscrib.com-pdf-gastrostomia-dl_c1f4360b2e01f19e6c51cd1c1c1f68ca
- dlscrib.com-pdf-gastrostomiapptx-dl_75a79f219d925f04a585a676ab22e4e7
- http://digital.csic.es/bitstream/10261/60857/1/50_original39.pdf
- Universidad de Chile, http://www.cirurgiasalvador.cl/ed_continua/presentaciones/274-gastrostomia.html