

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

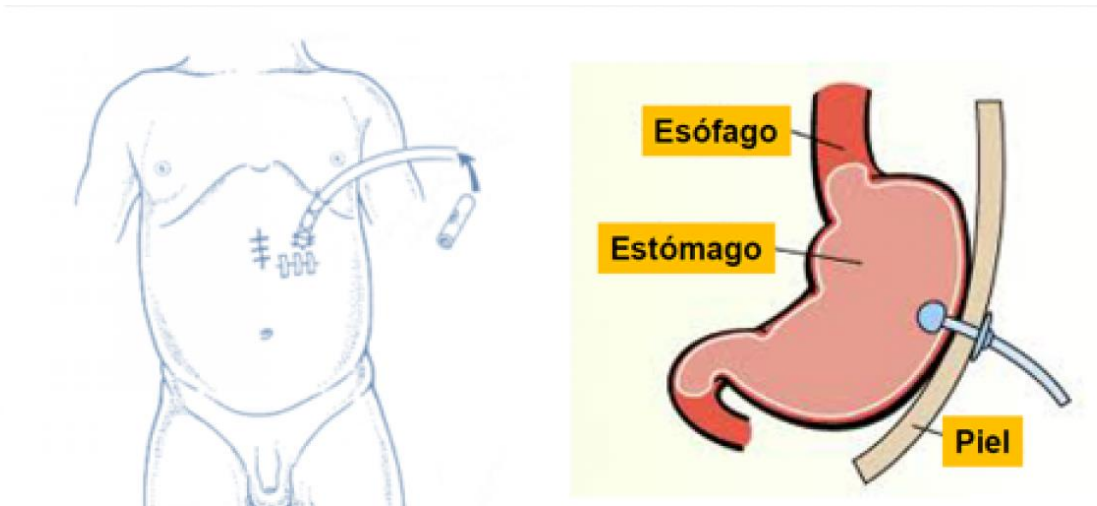
ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS.

TEMA: GASTROSTOMIA.

ALUMNO: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEXTO SEMESTRE.

CUARTA UNIDAD.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

GASTROSTOMIA

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.

La técnica de la GEP está muy bien definida: Existen muchos dispositivos de diferentes marcas. 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.

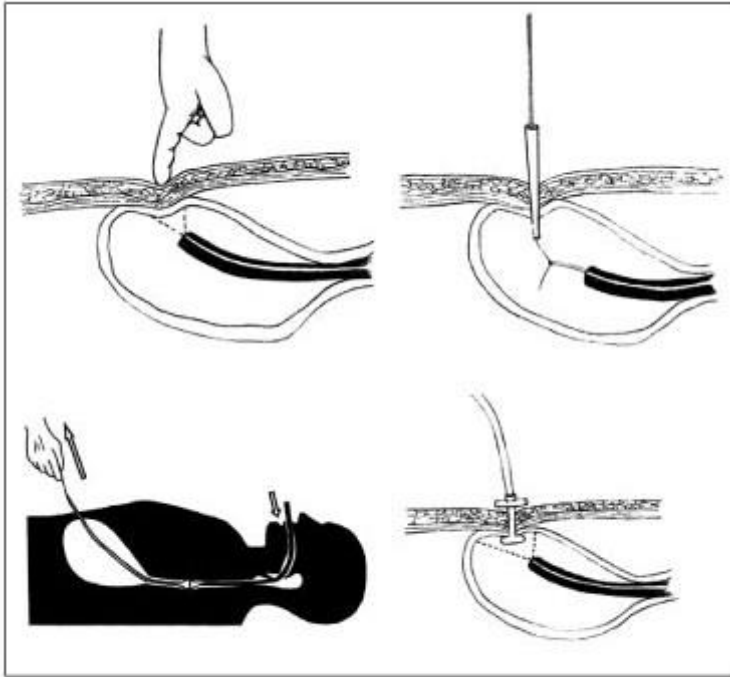


Fig. 1. Técnica de la gastrostomía endoscópica percutánea.

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.

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 anti horario 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.

Como normas generales, recomendamos que las manos y superficies de trabajo se laven con agua caliente y jabón, o una solución antiséptica y que se cuide la higiene bucal de los pacientes. Por último, si la zona del estoma no está enrojecida, el paciente puede ducharse en una semana o antes.

Gastroyeyunostomía: Si bien la yeyunostomía clásicamente se ha definido como todo orificio efectuado en el yeyuno con criterio de alimentación, hoy se puede acceder a colocar una sonda de alimentación en el yeyuno a través del estómago. Sin embargo, esta vía para uso prolongado de la alimentación enteral no parece ser mejor que la yeyunostomía directa. Para utilizar esta vía es necesario que el estómago esté sano anatómicamente. Las indicaciones de gastroyeyunostomía por sobre la gastrostomía incluyen: • Retardo en el vaciamiento gástrico (obstrucción proximal al ángulo de Treitz, gastroparesia, alimentación temprana en pancreatitis aguda) • Antecedentes o alta probabilidad de reflujo gastroesofágico y aspiración u obstrucción esofágica con fístula esófago-traqueal.

Las contraindicaciones para gastroyeyunostomía son las mismas que para la gastrostomía.

La gastroyeyunostomía puede realizarse por vía laparotomía o percutánea bajo control radiológico y endoscópico. Técnicamente se siguen los mismos pasos que para la realización de una gastrostomía hasta la punción gástrica y luego: 1. Canulación del píloro 2. Progresión hasta el yeyuno del alambre/catéter, con control

radioscópico con contraste diluido 3. Introducción del tubo yeyunal bajo guía de alambre. En este procedimiento percutáneo es particularmente importante la angulación que se le da a la aguja en el sitio de punción, debiendo estar orientada hacia el antro a fin de facilitar la canulación del píloro.

Se utiliza una sonda de doble lumen: uno gástrico con función descompresiva y otro yeyunal para nutrición. También hay equipos que usan el catéter gástrico sólo como ruta de acceso yeyunal. La colocación de la gastrostomía se realiza según técnica radioscópica percutánea, utilizando la asistencia endoscópica para la progresión del segmento yeyunal.

Bibliografía: scielo: Percutaneous endoscopy gastrostomy