



GASTROSTOMIAS

TECNICAS QUIRURGICAS



6 DE ENERO DE 2021

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

La técnica, descrita en 1980 por Gauderer y Ponsky, consiste en la punción percutánea del estómago bajo control endoscópico. Con posterioridad se han desarrollado otras variantes, con resultados similares:

Sólo requiere anestesia locorregional y sedación ligera, en una sala de endoscopias con equipo de reanimación. El enfermo debe estar en ayunas para minimizar el riesgo de aspiración tras la insuflación de aire en el estómago. En conjunto, el procedimiento no dura más de 20 minutos. Como en otras intervenciones, se requiere estudio preoperatorio habitual y valoración por el equipo de Anestesia, así como consentimiento informado escrito, firmado por el paciente o su representante legal.

Colocación de una vía intravenosa

Un enfermero colocará una vía intravenosa (i.v.) antes de la intervención. Para ello, se punciona la piel de la mano o el brazo con una pequeña aguja y se inserta un diminuto tubo de plástico en la vena. Luego, este tubo se conecta mediante vías i.v. a una bolsa que contiene una mezcla de líquidos y medicamentos. Los líquidos fluyen hacia el exterior de la bolsa, dentro de la vía, a través del pequeño tubo que se introduce en la piel y hacia el flujo sanguíneo.

Colocación de dispositivos de monitoreo

Un enfermero controlará los signos vitales de su hijo y le colocará estos dispositivos de monitoreo:

- monitor de presión arterial, que está fijado a una banda alrededor del brazo y controla a intervalos periódicos la presión arterial durante la intervención
- un oxímetro de pulso, que tiene la apariencia de una tirita adhesiva que se coloca en la punta de uno de los dedos del niño y mide el nivel de oxígeno en la sangre
- un monitor cardíaco que posee electrodos adhesivos que se colocan sobre el pecho para controlar el ritmo y la frecuencia de los latidos del corazón

Administración de anestesia

Poco después, un anestesista o un enfermero anestesista registrado (CRNA), ingresará para hablar con usted y su hijo. Los anestesistas y los CRNA se especializan en la administración y el control de la anestesia (medicamentos que evitan el dolor durante la cirugía). El profesional le brindará detalles sobre la clase de anestesia que se utilizará.

Además de controlar la frecuencia respiratoria y cardíaca de su hijo, el anesthesiologo o CRNA volverá a hacer preguntas sobre los antecedentes médicos de su hijo, especialmente sobre cualquier antecedente familiar de reacciones alérgicas a la anestesia.

También le preguntarán el tiempo que ha pasado desde la última vez que su hijo comió o bebió algo.

Una vez que haya suministrado toda esta información y le hayan respondido sus preguntas, le pedirán que firme un formulario de consentimiento informado para autorizar el uso de anestesia.

Poco antes de la intervención, se administrará a su hijo un sedante (una clase de medicamento que ayuda a los pacientes a relajarse) por vía intravenosa.

Una vez que el niño esté relajado, el anestesiólogo o CRNA lo llevará de regreso al quirófano para administrarle anestesia. Un integrante del personal del hospital le indicará cómo llegar al área de espera y le avisará cuando la intervención haya culminado. En general, los medicamentos se administran por vía intravenosa y se administra gas a través de una máscara que cubre la boca y la nariz. El gas suele tener sabor a banana o goma de mascar para que su inhalación sea más agradable. En unos minutos, el niño ingresará en un estado de sueño.

Durante la intervención

Existen tres métodos de colocación de sondas de gastrostomía:

1. la gastrostomía endoscópica percutánea (a través de la piel, o en Inglés "percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG)
2. la técnica laparoscópica
3. el procedimiento quirúrgico abierto

La técnica laparoscópica puede usarse junto al abordaje por PEG o en combinación con otra operación intestinal realizada simultáneamente. Todos los métodos son bastante simples y en general llevan de 30 a 45 minutos.

PEG

En el procedimiento PEG, la técnica más común, se emplea un endoscopio (un tubo delgado y flexible con una diminuta cámara y luz en el extremo) que se introduce por la boca hacia el estómago para guiar al médico y ubicar la sonda de gastrostomía.

Esta técnica puede realizarse con el niño en estado de sedación profunda. Si se utiliza anestesia general, se utilizará un dispositivo llamado tubo endotraqueal para evitar complicaciones. Se trata de un tubo de plástico que se introduce por la garganta y la tráquea para ayudar al paciente a respirar durante la cirugía. El tubo se conecta a un ventilador que impulsa el aire hacia adentro y hacia fuera de los pulmones.

En algunos casos también se usa una sonda nasogástrica. Se trata de un tubo blando y delgado que se introduce por la nariz o boca hacia el estómago con el fin de aspirar los fluidos estomacales para asegurar que no interfieran con la intervención quirúrgica.

Una vez que se ha colocado el endoscopio y que se encuentra la ubicación correcta, se hace una pequeña incisión en la piel sobre el estómago. A través de ella se introduce una aguja hueca hacia el interior del estómago. A continuación,

se pasa un alambre delgado a través de la aguja y se lo sujeta con una punta especial en el extremo del endoscopio. El endoscopio tira del alambre hacia el esófago y hacia fuera por la boca.

Luego, se fija una sonda de gastrostomía al cable y se lo introduce nuevamente en el estómago, donde se fija la sonda de gastrostomía. A continuación se retiran el endoscopio y el alambre. Un pequeño dispositivo de plástico, llamado "tope" sostiene la sonda de gastrostomía en el interior del estómago.

Técnica laparoscópica

La técnica laparoscópica se realiza a través de varias incisiones pequeñas en el abdomen y la introducción de un diminuto telescopio que ayuda a los cirujanos a observar el estómago y los órganos circundantes. Se toman las mismas precauciones que se describieron anteriormente (la sonda nasogástrica y la sonda endotraqueal).

En la técnica laparoscópica, se realiza una incisión en el ombligo y se introduce una aguja con una punta no afilada en la cavidad abdominal. Luego se utiliza gas de dióxido de carbono para expandir el área abdominal durante el procedimiento para que el cirujano tenga una visión despejada de los órganos.

A continuación, se enhebra un alambre en la aguja y se guía la sonda de gastrostomía a lo largo del alambre hacia el estómago con la ayuda de pequeños instrumentos que se introducen a través de otras incisiones pequeñas. Se aplican puntos de sutura y presión con un globo diminuto para mantener el estómago contra la pared abdominal.

Cirugía abierta

La cirugía abierta es un método excelente para la colocación de una sonda de gastrostomía, pero suele reservarse para aquellos casos en los que la anatomía del niño no permite la PEG, cuando existe tejido cicatricial producto de una cirugía, intervención o enfermedad anterior o si el niño necesita otra intervención quirúrgica simultáneamente.

Si a su hijo le colocan la sonda de gastrostomía durante una cirugía, se utilizarán una sonda nasogástrica y un tubo endotraqueal para evitar complicaciones, al igual que en las otras dos técnicas de gastrostomía. En la técnica de cirugía abierta, las incisiones se efectúan en el centro o del lado izquierdo del abdomen hasta el estómago. Se introduce en el estómago un pequeño tubo hueco y se aplican puntos de sutura en el estómago en forma de puño alrededor de la sonda. Luego el estómago se fija a la pared abdominal mediante puntos de sutura para asegurarlo. Un diminuto globo mantiene el tubo en su lugar dentro del estómago.

Después del procedimiento

Se llevará al niño a la sala de recuperación, también llamada sala postoperatoria o PACU (por las siglas en inglés de unidad de atención post-anestesia, o en Inglés “post –anesthesia care unit”). Aquí, el equipo médico seguirá controlando a su hijo atentamente.

El médico saldrá para hablar con usted e informarle cómo salió la intervención y cómo está su hijo. En la mayoría de los casos, los padres pueden visitar al niño en la sala de recuperación; en general, dentro de los 20 minutos de finalizado el procedimiento.

Los niños suelen tardar alrededor de una hora en despertarse completamente de la anestesia. Es posible que el niño se sienta atontado, confundido, con frío, náuseas, asustado o incluso triste al despertarse. Es muy frecuente y suele recuperarse dentro de los 30 a 45 minutos.

Además, el niño podría sentir algo de dolor cerca del punto de la incisión. En ese caso, no olvide informar al médico porque pueden administrarle medicamentos para disminuir las molestias. Es posible que se continúen administrando antibióticos durante las 24 a 48 horas posteriores a la intervención para prevenir las infecciones.

Probablemente, el niño permanezca en el hospital durante 1 ó 2 días después de la gastrostomía. Muchos hospitales permiten que al menos uno de los padres se quede junto al niño durante el día y a pasar la noche. Gran parte de ese tiempo se dedicará a la instrucción sobre la nueva sonda de gastrostomía de su hijo.

Los enfermeros le mostrarán exactamente qué cuidados suministrar a la sonda y a la piel que la rodea para mantenerla limpia y a salvo de infecciones. También aprenderá cómo enfrentar problemas potenciales, como la caída accidental de la sonda. Esto es importante porque si la sonda se desprendiera, el orificio puede comenzar a cerrarse.

También le enseñarán cómo administrar la alimentación a través del tubo y qué clase de alimentación. Quizás escuche que se haga referencia a la alimentación de su hijo como “en bolos” o “continua”. La alimentación en bolo tiene mayor volumen y menor frecuencia (más parecida a las comidas habituales). La alimentación continua, que suele llevarse a cabo durante la noche, se administra a través de una bomba a los niños que requieren una alimentación menor y más lenta. Un nutricionista ayudará a planificar una dieta específica y un cronograma en base a las necesidades de su hijo.

Algunos niños, especialmente aquellos a los que les han realizado otras operaciones estomacales simultáneamente, pueden tener dificultad para eructar o vomitar después de la cirugía. También le enseñarán a utilizar el tubo para eliminar aire y ocasionalmente líquidos del estómago, como sucedería cuando el niño eructa o vomita. Esta técnica debe tenerse en cuenta cada vez que el niño tiene arcadas después de la colocación de la sonda de gastrostomía.

Es importante saber que por el solo hecho de que su hijo tenga una sonda de gastrostomía no significa necesariamente que ya no pueda alimentarse por boca.

A pesar de que la alimentación por sonda puede reemplazar todas las comidas por boca, en algunos casos la sonda simplemente complementa lo que el niño ingiere por boca. Si el médico decide que su hijo es físicamente capaz de comer, el equipo médico trabajará para fomentar las aptitudes necesarias de manera que se pueda alimentar independientemente.

Es normal sentirse algo nervioso acerca de la sonda al principio, pero también es extremadamente importante sentirse cómodo al suministrar cuidados para la sonda. Por eso, haga muchas preguntas y busque ayuda adicional si la necesita.

Atención del niño en el hogar

Una vez que el niño esté listo para salir del hospital, usted debe:

- contar con instrucciones detalladas para atender al niño en su hogar, incluidas cuestiones prácticas como bañarse, vestirse, actividad física, administración de medicamentos a través de la sonda y ventilación (liberación de gases) del tubo
- acordar una visita de un enfermero especializado en atención a domicilio para asegurar que todo marche sin inconvenientes
- programar visitas de seguimiento al médico para controlar el peso del niño y la ubicación y el estado de la sonda

Las sondas gástricas pueden durar más de un año antes de que se necesite reemplazarla. Afortunadamente, una vez que la vía esté colocada, el padre o un profesional de la salud puede reemplazar la sonda de gastrostomía fácilmente sin necesidad de otra intervención endoscópica o quirúrgica.

Una vez que el área se cura, los niños sometidos a una gastrostomía tienen muy pocas, en caso de haberlas, restricciones relacionadas con la sonda. Sin embargo, según su edad y desarrollo, el niño puede preocuparse por el aspecto de la sonda y la reacción de las demás personas. Si su hijo tiene alguna de estas preocupaciones, pida al médico que lo ponga en contacto con un asistente social, que puede ayudar.

Un terapeuta especializado en alimentación (terapeuta del habla con capacitación especial en problemas de alimentación) también puede ayudar ya que puede ofrecer consejos sobre la inclusión del niño en las comidas familiares, porque los beneficios sociales de compartir las comidas son importantes para todos los niños, incluso para los que no se alimentan de la manera habitual.

Reemplazo por un botón

Ya sea que se utilice el método PEG o el quirúrgico, unos meses después de que sane la herida el médico puede recomendar reemplazar la sonda larga por un "botón", un dispositivo más plano que se apoya contra la piel del abdomen. El reemplazo puede efectuarse sin cirugía en el consultorio del médico. Este botón puede abrirse en el momento de la alimentación y cerrarse en los períodos entre la administración de alimentos o medicamentos. Para la mayoría de las familias,

la transición al botón facilita la alimentación por sonda y la atención y las hace más convenientes.

La clase de botón más común se mantiene en su lugar gracias a un pequeño globo inflable.

Extracción de la sonda

Si el médico determina que su hijo puede volver a recibir la alimentación suficiente por boca, se extraerá el botón o la sonda de gastrostomía. La extracción lleva sólo algunos minutos y en general la realiza el médico o un enfermero en el consultorio. Simplemente se desinfla el globo y se desliza la sonda hacia afuera.

Una vez que se ha extraído el botón o la sonda de gastrostomía, queda un pequeño orificio. Será necesario mantenerlo limpio y cubierto con gasa hasta que se cierre por sí solo. En algunos casos, es necesaria la cirugía para cerrar el orificio. De cualquiera de los dos modos, la cicatriz que queda es pequeña.

Beneficios

En general, la gastrostomía es un procedimiento que se tolera bien y que salva vidas. Una vez que la sonda está colocada, los niños que padecen otros problemas médicos graves pueden regresar a sus actividades normales, incluida la escuela y los juegos.

Riesgos y complicaciones

Se considera que las tres clases de intervenciones de gastrostomía son seguras y efectivas. Sin embargo, al igual que con cualquier intervención quirúrgica, existen algunos riesgos, como:

Anestesia

En algunos casos, los medicamentos anestésicos pueden producir complicaciones en los niños (como ritmo cardíaco irregular, problemas respiratorios, reacciones alérgicas y, en casos muy infrecuentes, la muerte). Estas complicaciones no son frecuentes.

Hemorragias

En cualquier cirugía, existe una posibilidad infrecuente de hemorragia grave. Sin embargo, la mayoría de las hemorragias se controla con facilidad.

Reacción alérgica

Es posible que el niño sufra una reacción alérgica a la anestesia u otros medicamentos que se administran durante el procedimiento. Los síntomas de una reacción alérgica pueden variar entre leves, como erupciones cutáneas, y graves, como mareos, dificultad para respirar, hinchazón de labios y lengua. Las reacciones alérgicas se desarrollan típicamente unos pocos minutos después de

administrarse la anestesia. Si esto ocurre, los médicos brindarán atención inmediata.

Infección

La gastrostomía siempre se efectúa en un entorno estéril, pero existe un riesgo de infección siempre que se realiza un corte en la piel. Los síntomas de una infección pueden incluir dolor, fiebre de 101° Fahrenheit (38,3° Celsius) o superior y enrojecimiento e hinchazón alrededor de la incisión. Si advierte alguno de estos síntomas, llame al médico. La infección puede tratarse con antibióticos.