



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-33 - GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

M.M. Díaz Alcázar, A. Martín-Lagos Maldonado, P. Martínez Tirado, A. Roa Colomo, C. Diéguez Castillo, A.J. Ruiz Rodríguez, Á. Palacios Pérez y J. Salmerón Escobar

Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) constituye un método de alimentación en pacientes con tracto gastrointestinal sano incapaces de mantener la ingesta a largo plazo.

Métodos: Estudio descriptivo. Base de datos del Hospital Universitario San Cecilio (Granada) entre 1994-2017.

Resultados: Se han colocado 720 PEG, 54,44% en mujeres. Edad media: 69,3 años, el 70,14% de los pacientes en el rango 60-90 años cuando se colocó. Indicaciones principales: enfermedad neurológica (93,75%), procesos oncológicos (3,19%) y tratamiento de Parkinson (0,97%). Otras (2,09%): acalasia, enfermedad neuromuscular y anorexia. Todos los pacientes fueron evaluados en Unidad de Endoscopias y dados de alta 3 horas tras el procedimiento, salvo complicación. La colocación se realizó bajo sedación por endoscopista (propofol o midazolam intravenoso) salvo un caso que requirió anestesista. Además, anestesia local (lidocaína) y profilaxis antibiótica (habitualmente cefotaxima 2 g). No se colocó la PEG en 21 pacientes (2,92%). Las causas más frecuentes fueron alteraciones anatómicas (47,62%) (por estenosis esofágica, cirugía previa, divertículo Zenker, etc.) y falta de transiluminación adecuada (42,86%). Se presentaron complicaciones (inmediatas o tardías) en el 12,5% de los casos, en total 82 eventos. Las complicaciones menores son más frecuentes (62 casos), y dentro de estas destacan: dificultades en colocación o recambio (31,71% de las complicaciones totales) (incluye 4 casos de dilatación de estenosis esofágica previo a colocación de PEG), infección del estoma (18,29%), fístula incompetente (15,85%), hemorragia leve de pared abdominal (4,88%) y recubrimiento del tope interno de la sonda (4,88%). Las complicaciones mayores (20 casos) incluyen: exitus (2,43%), hemorragia digestiva alta (6,10%) (en 80% autolimitada), obstrucción duodenal por la sonda (8,54%), peritonitis tras extracción de la sonda por tracción (2,44%), hemoperitoneo (1,22%), neumatosis gástrica (1,22%), tope en la fístula (1,22%) y osteomielitis del esternón (1,22%). El cuidado de la sonda ha sido subóptimo en 7,92% de los pacientes en que se ha colocado: 57 casos de salida espontánea, cerrándose el estoma en 45. En 35 pacientes (4,86%) se retiró la sonda: 33 por restablecimiento de la ingesta y 2 por complicaciones (fístula incompetente e infecciones repetidas del estoma). Se han realizado 524 recambios de PEG, por deterioro natural o pérdida accidental, utilizando preferentemente el recambio endoscópico (87,21%).

Conclusiones: La indicación más habitual es enfermedad neurológica en edad avanzada. La colocación de PEG puede realizarse con seguridad de forma ambulatoria en la Unidad de Endoscopias, bajo sedación, reduciendo el coste y proporcionando gran inmediatez a la técnica. Es un procedimiento seguro y efectivo de alimentación enteral, que, realizado por experto, presenta escasa morbimortalidad. Las complicaciones, si aparecen, suelen ser menores.