

4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



COLOCACIÓN DE LA PEG EN EL TRATAMIENTO CON DUODOPA



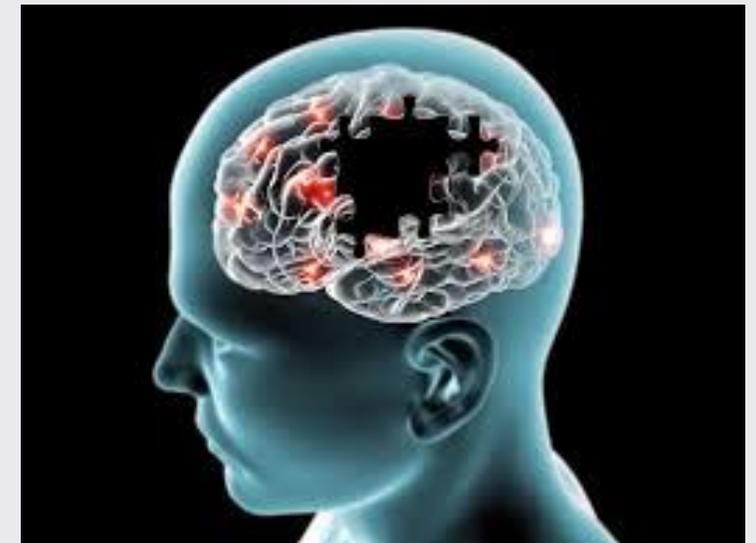
- RAUL GARCÍA RAMOS

abbvie



ES LA 2ª ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA MÁS FRECUENTE

CON EL AVANCE DE LA ENFERMEDAD APARECEN MÁS SÍNTOMAS PRODUCIÉNDOSE UN EMPEORAMIENTO FUNCIONAL



TRATAMIENTOS EN EL PARKINSON AVANZADO



- ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA
- INFUSIÓN SUBCUTANEA DE APOMORFINA
- INFUSIÓN INTESTINAL CONTINUA DE LEVODOPA/CARBIDOPA

PERFIL DE PACIENTES CON TRATAMIENTO DE DUODOPA



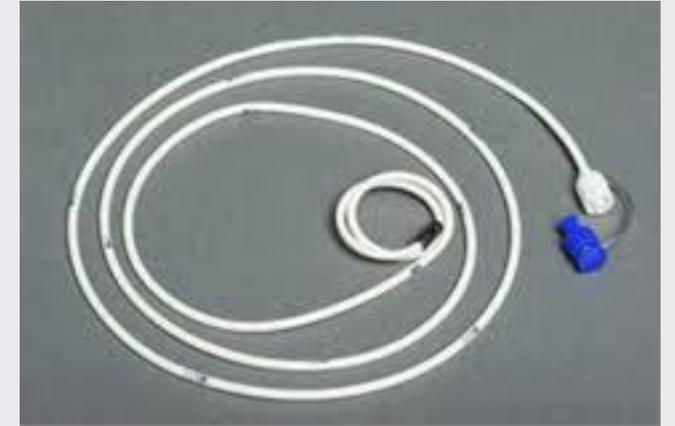
- PARKINSON AVANZADO
- BUENA RESPUESTA A LA LEVODOPA
- BUEN ON
- FLUCTUACIONES



FASES DEL TRATAMIENTO CON DUODOPA



- 1º: TEST CON SONDA NASODUODENAL



- 2º: SI HAY RESPUESTA POSITIVA COLOCACIÓN DE LA PEG

FASE TEST



1. COLOCACIÓN SONDA NASODUODENAL
2. CONFIRMACIÓN DE LA COLOCACIÓN POR RX
3. CÁLCULO DE DOSIS
4. OPTIMIZACIÓN
5. PEG





- PRIMERA OPCIÓN: POR ENDOSCOPIA
- SEGUNDA OPCIÓN:
 - POR RAYOS Y ENDOSCOPIA
 - PROCEDIMIENTO COMPLETO POR RAYOS
- TERCERA OPCIÓN: POR CIRUGÍA



- PREGUNTAR ÚLTIMA DEPOSICIÓN. VALORAR ENEMA
- AYUNAS DESDE LAS 23:00 DEL DÍA ANTERIOR
- CONEXIÓN DE LA BOMBA POR LA MAÑANA
- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA (SUELE SER 30 MINUTOS ANTES DE LA INTERVENCIÓN)
- ENJUAGUE BUCAL JUSTO ANTES DE LA INTERVENCIÓN

4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



COLOCACIÓN DE LA SONDA POR ENDOSCOPIA

- 1- PREPARACIÓN DEL PACIENTE
- 2- PROCEDIMIENTO



abbvie

COLOCACIÓN DE LA SONDA POR ENDOSCOPIA



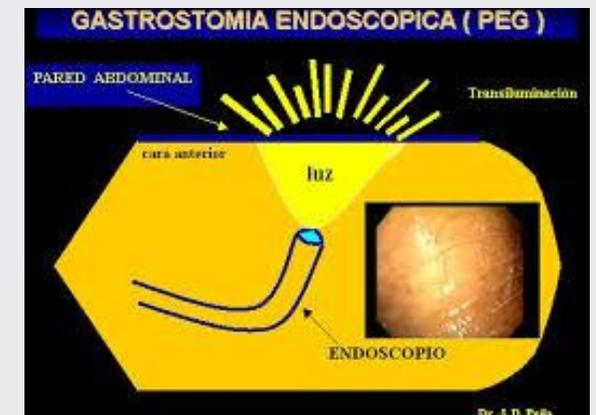
PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

1. COMPROBAR CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESTÁN FIRMADOS (DEL PROCEDIMIENTO Y DE ANESTESIA)
2. MONITORIZAR AL PACIENTE
3. COLOCACIÓN DE SEPARADOR DE LABIOS
4. CANALIZAR VVP
5. COLOCAR AL PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO
6. SEDACIÓN

COLOCACIÓN DE LA SONDA POR ENDOSCOPIA



1. INTRODUCCIÓN DEL ENDOSCOPIO EN EL ESTÓMAGO
2. OBSERVAR EL PÍLORO Y ACCESO A DUODENO
3. APAGAR LUCES Y BUSCAR TRANSILUMINACIÓN
4. MARCAR (INTENTAR EN ZONA LO MÁS CERCA POSIBLE AL ANTRO PARA EVITAR BUCLES DE LA SONDA INTERNA)
5. ANESTESIA LOCAL
6. CORTE DE 0,5 CM CON EL BISTURÍ
7. INTRODUCIR EL TRÓCAR
8. RETIRAR AGUJA Y METER EL HILO



COLOCACIÓN DE LA SONDA POR ENDOSCOPIA



9. CON AYUDA DE UN ASA ENDOSCÓPICA ATRAPAR EL HILO Y SACARLO POR LA BOCA
10. ATAR A SONDA EXTERNA
11. DESDE EL ESTOMA TIRAR DEL HILO PARA INTRODUCIR LA SONDA EXTERNA
12. CORTAR A 20 – 25 CM DE LA PIEL
13. COLOCACIÓN DEL TRIÁNGULO DE RETENCIÓN
14. TUERCA AZUL Y CONECTOR EN “Y”
15. INTRODUCIR SONDA INTERNA

COLOCACIÓN DE LA SONDA POR ENDOSCOPIA

4 Desafío
de enfermería
en EP avanzada



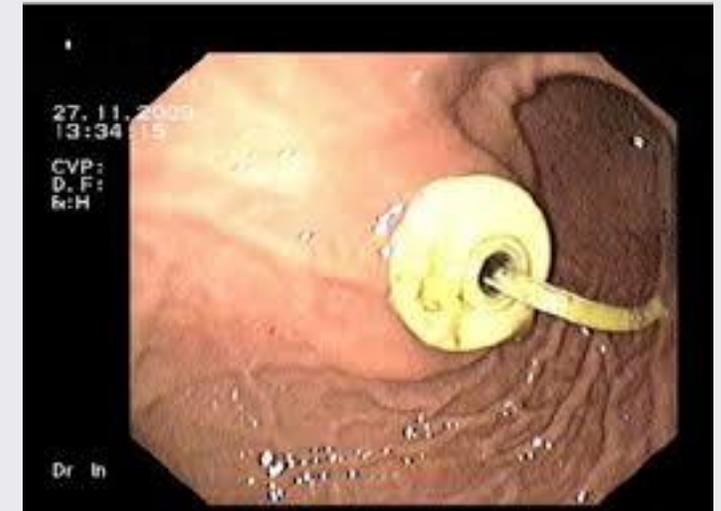
16. AGARRAR LA PUNTA DE LA SONDA INTERNA CON PINZAS ENDOSCÓPICAS

17. ARRASTRAR A 2ª O 3ª PORCIÓN DUODENAL

18. RETIRAR GUÍA

19. CORTAR SONDA INTERNA

20. COLOCAR CONECTORES



4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



COLOCACIÓN DE LOS CONECTORES



Montera nya kopplingen

Sätt fästingskruven (med förmonterad sikringskåpa) på PEG-en

Torka PEG-en torr och för sedan PEG-en på Y-kopplingen så långt in som möjligt i PEG-en



Kopplingsbyte

Duodopa

abbvie

LA CLAVE ES LA TRANSILUMINACIÓN

4 Desafío
de enfermería
en EP avanzada





- 1º POR RAYOS MÁS ENDOSCOPIO PORTÁTIL
- 2º SÓLO CON RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (HASTA HOY SÓLO SE HA REALIZADO EN LOS HOSPITALES LA FÉ DE VALENCIA Y EN EL PRÍNCIPE DE ASTURIAS DE ALCALÁ DE HENARES)
- 3º POR CIRUGÍA:
 - LAPAROSCOPIA
 - CIRUGÍA GENERAL

4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



POR RAYOS Y ENDOSCOPIO PORTATIL

abbvie



- 1ª OPCIÓN SI NO TRANSILUMINA
- SE REALIZA EN SALA DE RAYOS INTERVENCIONISTA
- LOS ENDOSCOPISTAS SE TRASLADAN CON UN EQUIPO PORTÁTIL A LA SALA DE RAYOS
- ESTA INTERVENCIÓN EXIGE DE LA COORDINACIÓN DE AMBOS SERVICIOS

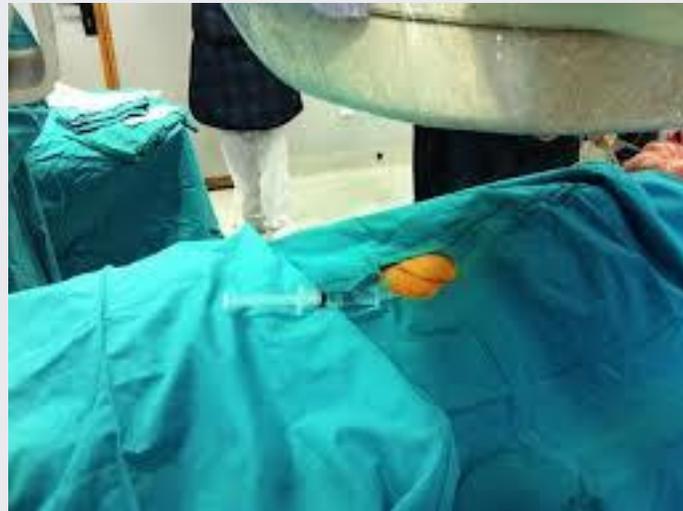




1. PREPARACIÓN DEL PACIENTE IGUAL QUE POR ENDOSCOPIA.
POSICIÓN: DECÚBITO SUPINO
2. SE RETIRA SONDA NASODUODENAL
3. SE INTRODUCE UN CATÉTER POR UNO DE LOS ORIFICIOS NASALES QUE LLEGA AL ESTÓMAGO
4. CON LA AYUDA DE UNA JERINGA SE LLENA EL ESTÓMAGO DE AIRE.
5. POR RAYOS SE OBSERVA LA UBICACIÓN DEL ESTÓMAGO
6. ANESTESIA LOCAL, CORTE DE 0,5 CM E INTRODUCCIÓN DEL TROCAR



- UNA VEZ COLOCADO EL TRÓCAR COMIENZA LA LABOR DE LOS ENDOSCOPISTAS
- UTILIZAN UNA AGUJA DE RAYOS Y DEJAN PUESTO UN INTRODUTOR (Si no están acostumbrados al trócar del pack)



4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



COLOCACIÓN SÓLO POR RAYOS

abbvie



- TÉCNICA ESTERIL
- INTRODUCCIÓN DE UN CATETER POR LA BOCA HASTA EL ESTÓMAGO
- CON LA AYUDA DE UNA JERINGA HINCHAR EL ESTÓMAGO.
- SE REALIZA EL ESTOMA CON LA AYUDA DE RAYOS X
- SE COLOCAN DOS O TRES PEXIAS DE FORMA PREVENTIVA
- POR EL INTRODUTOR SE INTRODUCE UN LAZO PARA ATRAPAR EL CATÉTER



- RETIRAR EL CATÉTER
- ANUDAR LA SONDA PEG A LA CESTA
- TIRAR DE LA CESTA HASTA QUE SALGA LA SONDA PEG
- CORTAR LA PEG A 20-25 CM DEL CUERPO
- INTRODUCIR UN CATÉTER VISCERAL HASTA 3ª PORCIÓN DEL DUODENO.
- INTRODUCIR LA GUÍA DE LA SONDA INTERNA POR EL CATÉTER VISCERAL.
- INTRODUCIR LA SONDA INTERNA POR LA GUÍA
- RETIRAR LA GUÍA
- CORTAR LA SONDA INTERNA A 10 CM DE LA SONDA EXTERNA
- COLOCAR CONECTORES

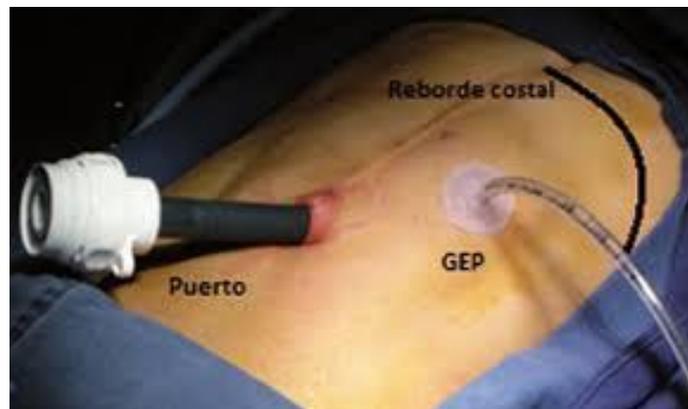
4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



COLOCACIÓN DE LA SONDA POR CIRUGÍA

DEPENDIENDO DE LOS SERVICIOS DE CADA HOSPITAL:

- POR LAPAROSCOPIA (MENOS INVASIVA)
- POR CIRUGÍA ABIERTA (MÁS FRECUENTE)



abbvie

COLOCACIÓN POR LAPAROSCOPIA

4 Desafío
de enfermería
en EP avanzada



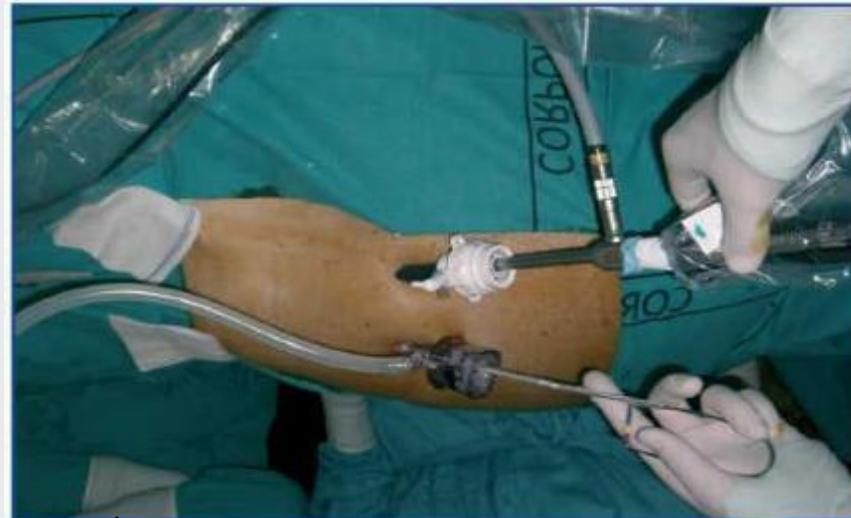
COLOCACIÓN POR LAPAROSCOPIA



- SE REALIZA EN QUIRÓFANO
- ANESTESIA GENERAL
- SE REALIZAN VARIAS INCISIONES (HABITUALMENTE TRES, UNA ES EL ESTOMA)
- INCISIÓN EN EL OMBLIGO POR EL QUE SE INTRODUCE GAS DE DIÓXIDO DE CARBONO PARA EXPANDIR EL ÁREA ABDOMINAL
- SE REALIZA EL ESTOMA DE 1,5 CM
- SE INTRODUCE LA SONDA EXTERNA
- SE CIERRA LA PARTE INTERNA DEL ESTOMA CON DOS PUNTOS DE SUTURA EN LA PARED DEL ESTÓMAGO.

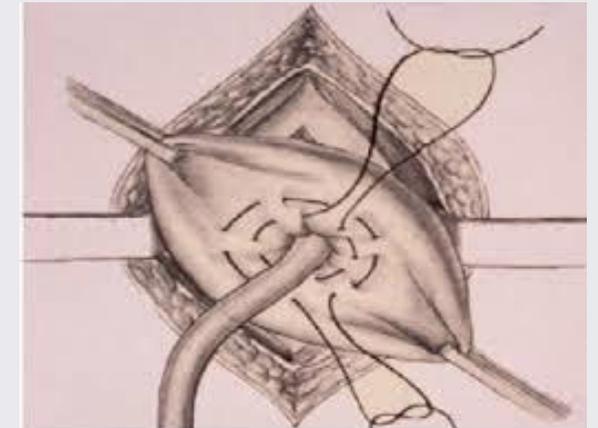


- SI LA INCISIÓN DEL ESTOMA QUEDA DEMASIADO AMPLIA SE REDUCE CON PUNTOS DE SUTURA
- TRAS 15 DÍAS SE COLOCA LA Sonda INTERNA POR ENDOSCOPIA



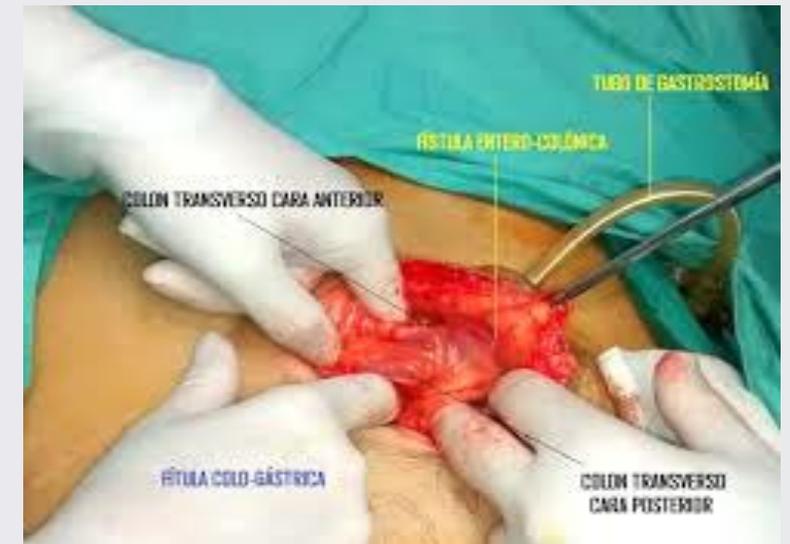


- SE REALIZA EN QUIRÓFANO
- SE ADMISTRA ANESTESIA GENERAL
- SE REALIZA LA INCISIÓN EN EL CENTRO O EN EL LADO IZQUIERDO DEL ABDOMEN
- SE VAN DISECCIONANDO DISTINTAS CAPAS HASTA LLEGAR AL ESTÓMAGO
- SE COLOCA LA SONDA EXTERNA
- SE INTODUCE LA SONDA INTERNA POR LA SONDA EXTERNA Y CON LOS DEDOS LA INTRODUCEN EN EL DUODENO.





- SE REALIZAN PUNTOS DE SUTURA:
 - EN LA PARED DEL ESTÓMAGO ALREDEDOR DE LA SONDA
 - MUSCULATURA ABDOMINAL
 - ZONA EXTERNA
- COLOCACIÓN Y AJUSTE DE LOS CONECTORES





- COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA:
 - SE REALIZA EN SALA DE ENDOSCOPIAS
 - SEDACIÓN Y ANESTESIA LOCAL
 - SÓLO SE DEPENDE DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS
 - ES EL MÁS RÁPIDO Y MENOS INVASIVO PARA EL PACIENTE

DESVENTAJAS DE LA TÉCNICA ENDOSCOPIA



- AL NO COLOCARSE PEXIAS HAY MAYOR RIESGO DE NEUMOPERITONEO
- QUE EL PACIENTE NO TRANSILUMINE

VENTAJAS DE LA TÉCNICA COMBINADA



- SE EVITA EL QUIRÓFANO
- TÉCNICA POCO INVASIVA
- EL PACIENTE ES MENOS RADIADO QUE SI SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO ENTERO POR RAYOS

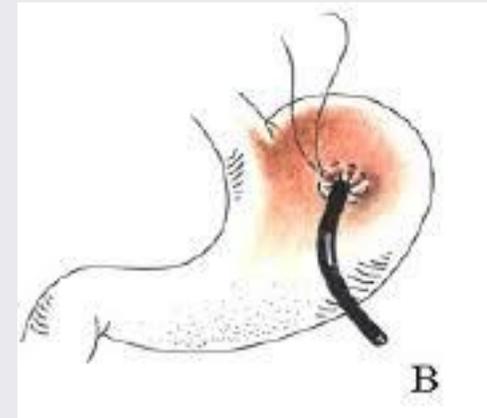


- HAY QUE COORDINAR A DOS SERVICIOS (ENDOSCOPIAS Y RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA)
- HAY QUE RADIAR AL PACIENTE

VENTAJAS DE LA LAPAROSCOPIA



- MENOS INVASIVA QUE LA CIRUGÍA GENERAL
- MENOS CICATRICES QUE LA CIRUGÍA GENERAL
- MÁS RÁPIDA
- MENOS RIEGO DE INFECCIÓN
- MENOS RIESGO DE ADHERENCIAS



DESVENTAJAS DE LA LAPAROSCOPIA



- MÁS INVASIVA QUÉ LAS TÉCNICAS ANTERIORES
- NECESITA ANESTESIA GENERAL
- NO SE PUEDE COLOCAR LA SONDA INTERNA EN LA MISMA INTERVENCIÓN
- HACEN FALTA DOS SERVICIOS: PRIMERO CIRUGÍA Y 15 DÍAS DESPUÉS ENDOSCOPIA



- SE COLOCAN AMBAS SONDAS EN UNA SOLA INTERVENCIÓN

DESVENTAJAS DE LA CIRUGÍA ABIERTA



- ES LA MÁS INVASIVA DE LAS TÉCNICAS
- ANESTESIA GENERAL
- MAYOR CICATRIZ
- MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN
- MAYOR RIESGO DE ADHERENCIAS

4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



MUCHAS GRACIAS



abbvie