

Manual para el gastroenterólogo

*Infusión intestinal continua
de levodopa/carbidopa
en el tratamiento de la Enfermedad
de Parkinson Avanzada*

Duodopa®

LEVODOPA/CARBIDOPA INTESTINAL GEL



abbvie

*Infusión intestinal continua de levodopa/carbidopa
en el tratamiento de la Enfermedad de
Parkinson Avanzada*

Índice

1. Enfermedad de Parkinson Avanzada	4
2. Duodopa®	5
3. Duodopa®, equipo multidisciplinar	6
4. Montaje del sistema PEG/J de AbbVie®	7
5. Sustitución de la sonda interna	12
6. Sustitución de la PEG	13
7. Pautas para el cuidado de la PEG. Información importante para su paciente	14
8. Complicaciones más frecuentes y medidas a adoptar	17
9. Cambio de conectores	24

1

Enfermedad de Parkinson Avanzada

Levodopa es el gold standard para el tratamiento farmacológico de los signos y síntomas de la Enfermedad de Parkinson (EP)¹.

Después de un periodo inicial de respuesta estable al tratamiento oral y con el progreso de la enfermedad, la duración de la **respuesta se acorta y la ventana terapéutica se estrecha**².

La Enfermedad de Parkinson Avanzada (EPA) es la etapa de la enfermedad en la que ciertos **síntomas y complicaciones están presentes**, afectan seriamente a la **calidad de vida** del paciente y **no responden** eficazmente al **tratamiento convencional**³.

2

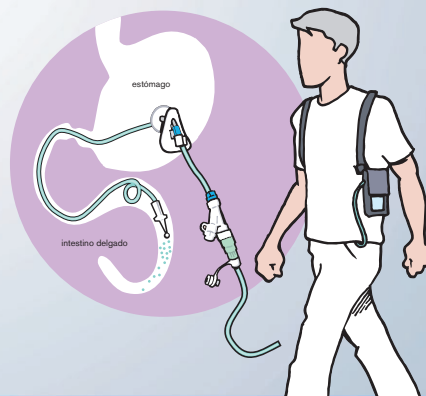
Duodopa®

Duodopa® es un **gel intestinal de levodopa/carbidopa** para una **administración intestinal continua** a través de una sonda de **gastroeyunostomía percutánea** conectada a una bomba de infusión portátil⁴.

Duodopa® aporta una **opción prometedora** para el control de la EPA con complicaciones motoras⁴.

Según el estudio de Olanow CW *et al*, Duodopa® produjo una **reducción mayor (mejoría) del tiempo "Off"** y se asoció también a una **mejoría significativamente** por lo que respecta al **tiempo "On" sin discinesias incapacitantes y al tiempo "On" sin discinesias**, en comparación con lo observado con **levodopa/carbidopa oral de liberación inmediata**⁴.

Con Duodopa® se observan **resultados positivos sobre la calidad de vida**⁵.



3

Duodopa®, equipo multidisciplinar

La instauración del tratamiento con Duodopa® **requiere la participación de varios especialistas y profesionales sanitarios**, además de una adecuada elección del paciente que se puede beneficiar de este tratamiento.

Es necesario contar con un **equipo multidisciplinar** que incluya al menos los siguientes:

- Neurólogo/a.
- Profesional de enfermería.
- Gastroenterólogo/a endoscopista.

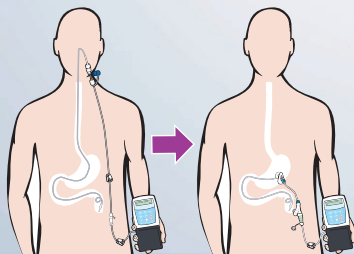
Según Ficha Técnica, en los casos en los que el médico considere que esta prueba no es necesaria, puede prescindirse de la fase de prueba con sonda nasoyeyunal e iniciar directamente el tratamiento mediante la colocación del PEG-J.

La colocación de la sonda nasoduodenal/nasoyeyunal temporal tiene el fin de⁵:

- Valorar si el paciente responde **de manera favorable a esta forma de tratamiento** antes de la colocación de la sonda yeyunal⁵.

(Ver Ficha Técnica. En los casos en que no se considere esta fase test, pasar a PEG directamente).

Para la instauración del tratamiento, se realiza una **gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)**⁵.



4

Montaje del sistema PEG/J de AbbVie®

Apertura del sistema PEG de AbbVie®, FR 15®

Vídeo disponible en: www.aduoparkinson.es/profesionales

Solicite su clave de acceso como profesional al delegado comercial de la zona.

Para más información consulte las instrucciones de uso de la sonda.

Realizar la gastrostomía según el procedimiento habitual.

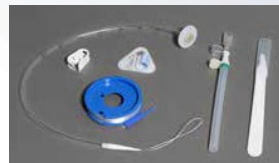


Figura 1. Elementos del sistema PEG de AbbVie®, FR 15

Una vez colocada en el abdomen:

- 1.** Cortar la sonda PEG a una longitud aproximada de 20-25 cm de la piel.
- 2.** Deslizar la pieza triangular (disco de retención externo) a través de la sonda.



El clampaje de seguridad azul garantiza la fijación adecuada de la sonda PEG. Dicho clampaje se dejará suelto durante el procedimiento de colocación para facilitar el deslizamiento de la sonda interna.

Figura 2. Sonda PEG

Apertura de la sonda intestinal de AbbVie® FR 9 para componentes del kit de PEG FR 15⁷

Al contrario de lo que ocurría en el sistema de sondas anteriores, en este caso existe un kit de sonda interna (AbbVie® J) específica para FR15 y FR20 (esta última se diferencia de la de 15 por



ser de color violeta en alguno de los componentes del Kit, como es la rosca, pero viene así identificado en el embalaje).

Figura 3. Componentes de la sonda intestinal de AbbVie® FR 9

1. Introducir el conector azul que tiene una arandela blanca en la sonda PEG de manera que la parte hexagonal quede mirando al abdomen y la rosca hacia el exterior.



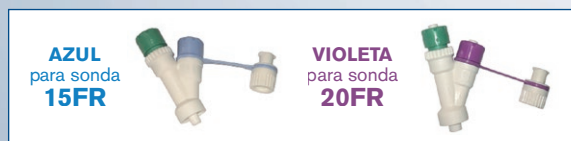
Figura 4. Conector azul

2. Introducir la pieza en forma de "Y" en la sonda PEG.



Figura 5. Pieza en forma de "Y"

Actualización del conector "Y" por colores según calibre.



3. Deslizar el conector azul hacia la pieza en forma de "Y". Ambas piezas se unen mediante una rosca. Al enroscar las dos piezas retirar la arandela blanca.

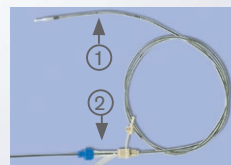


Figura 6. Unión entre conector azul y la pieza en forma de "Y"

4. La pieza en forma de "Y" tiene dos entradas:
 - Una de color blanco, marcada con una "G" que comunica con el estómago.
 - Otra de color verde, marcada con una "I" que comunica con el intestino.

Es aconsejable cerrar la conexión "G", así impediremos la entrada de aire a la cavidad gástrica durante el procedimiento. Por la conexión marcada con una "I" introduciremos la sonda interna.

5. Abrir con 3-4 vueltas el conector azul (2) e introducir el cable guía por la sonda interna hasta la punta metálica (1), deshaciendo así el Pig tail sin que llegue a sobresalir por los orificios distales. Introducir el cable guía por la sonda interna hasta la punta metálica (1) sin que llegue a sobresalir



por los orificios distales. En el extremo proximal enroscar la "Y" transparente con la pieza azul oscuro para fijar la guía (2).

Figura 7. Fijación de la guía en la sonda interna

6. Introducir la sonda con la guía a través de la conexión en "Y" por la pieza verde hasta que sea visible en el estómago.



Figura 8. Introducción de la sonda con la guía a través de la conexión en "Y"

7. Coger la sonda cerca de la punta con una pinza (se recomienda utilizar una pinza cocodrilo o una pinza para cuerpos extraños de dos cuerpos giratoria y dentada) y pasarla a través del píloro.

Dirigirla por el duodeno hasta depositarla en el ligamento de Treitz (segunda porción de duodeno-yeyuno).

IMPORTANTE

- Mantener el extremo de la sonda en el ligamento de Treitz con la pinza cerrada.
- Simultáneamente extraer el endoscopio hasta el estómago.
- Desenroscar la pieza azul oscuro de la parte proximal de la sonda para liberar la guía y retirarla.
- Abrir la pinza e ir retirándola hasta el estómago comprobando que no se arrastra la sonda.

Una vez en el lugar indicado:

8. Dejar 10 cm fuera de la sonda PEG para la colocación de los conectores.



Figura 9. Sonda intestinal

9. Deslizar el conector CLIC de color verde y blanco a través de la sonda intestinal, de forma que la parte blanca esté orientada hacia el abdomen y la parte verde hacia el exterior.



Figura 10. Conector CLIC

10. Introducir el conector luer-lock (punta metálica) en la sonda interna tanto como sea posible.



Figura 11. Conector luer-lock

11. Enroscar el conector CLIC al luer-lock.



Figura 12. Unión entre conector CLIC y luer-lock

IMPORTANTE

- Al enroscarlo, girar únicamente el conector CLIC ya que si se girase el luer-lock rotaría la sonda interna y se descolocaría.

12. Aproximar ambos conectores enroscados al conector en "Y" hasta juntarlos y oír un doble "clic":

Una de las medias lunas de la pieza CLIC debe quedar debajo del brazo de la "Y".



Estirar para comprobar que no se sueltan y cerrar el tapón.

Figura 13. Unión entre ambos conectores con el conector con forma de "Y"

13. Comprobar la tensión y aplicar antiséptico (NO ROTAR).



Introducir la sonda PEG en el canal de la pieza triangular y ajustar la abrazadera azul.
Tapar.

Figura 14. Sonda PEG colocada

5

Sustitución de la sonda interna

1. Soltar la pieza triangular de sujeción dérmica.
2. Separar el conector CLIC de la pieza en "Y" apretando las medias lunas laterales y estirar hacia fuera la sonda interna, retirándola por completo. Desechar.



Figura 15. Retirar la sonda interna

3. Cortar la sonda PEG justo antes de la pieza en "Y".



Figura 16. Cortar la sonda PEG

4. Remitirse a "Apertura de la sonda intestinal de Abbvie FR 9 para componentes del Kit de PEG FR 15".⁷

Video disponible en: www.aduoparkinson.es/profesionales
Solicite su clave de acceso como profesional al delegado comercial de la zona.

6

Sustitución de la PEG

1. Soltar la pieza triangular de sujeción dérmica.
2. Separar el conector CLIC de la pieza en "Y" apretando las medias lunas laterales y estirar hacia fuera la sonda interna retirándola por completo. Desechar.



Figura 17. Retirar la sonda interna

3. Cortar la sonda PEG y retirar el plato triangular.

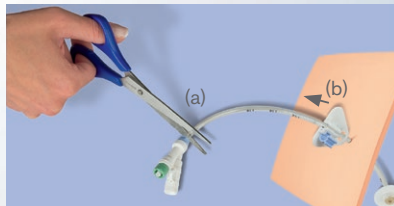


Figura 18. Cortar la sonda PEG

4. Es necesario retirar la sonda PEG vía endoscópica, ya que **no se puede hacer por el método del "tiron"**. Remitirse a "Apertura del sistema PEG de AbbVie[®], FR 15".⁷

Pautas para el cuidado de la PEG. Información importante para su paciente

Se debe usar clorhexidina para las curas y evitar desinfectantes como povidona yodada o diclorhidrato de octenidinafenoxietanol porque pueden afectar de manera negativa a las propiedades físicas y mecánicas de la sonda.

Material

Bolsa de eliminación de residuos, pulverizador desinfectante, un apósito en "Y" estéril, cuatro apósitos estériles, desinfectante de manos, apósito elástico, dos pares de guantes antibacterianos desechables.

No deben utilizarse desinfectantes como povidona yodada (PVP-I; por ejemplo: Iso-Betadine®, Braunol®) o diclorhidrato de octenidinafenoxietanol (por ejemplo, Octanosept®) porque pueden afectar de manera negativa a las propiedades físicas y mecánicas de la sonda.

Procedimiento

Día de la colocación

(<24 horas después de la colocación de la PEG/J)

1. En condiciones normales, el tratamiento con Duodopa® puede iniciarse inmediatamente después de la implantación no complicada de la PEG/J previa consulta con el gastroenterólogo.
2. La alimentación oral podría ser posible después de 2 horas, pero se prefiere esperar a la mañana siguiente.
3. No cambie el apósito durante las primeras 24 horas a menos que sea necesario.

4. Observe si aparecen signos de complicaciones, como dolor y hemorragia.
5. El gastroenterólogo o especialista debe examinar al paciente antes del alta.

Cuidados diarios, días 1 a 10

El lugar del estoma debe limpiarse diariamente y mantenerse seco en todo momento.

1. El cambio de apósito de la herida debe realizarse en condiciones asépticas una vez al día durante los primeros 7 días.
2. Desinfectese las manos y póngase guantes desechables. Retire el apósito, abra el disco de retención y libere la sonda del disco.
3. Deseche los guantes, desinfectese las manos y póngase unos guantes nuevos.
4. Inspeccione la zona de la herida (sangrado, eritema, secreción, induración, reacción alérgica en la piel).
5. Limpie, desinfecte, seque completamente y vuelva a cubrir la herida.
6. Si hay signos de complicaciones, informe al médico.
7. Empuje la sonda con cuidado 3 o 4 cm hacia el estómago y retírela suavemente hasta notar la resistencia del disco de retención interno (para evitar que el tope quede sepultado).
NO GIRE LA SONDA.
8. Aplique un apósito en "Y" y coloque de nuevo el disco de retención permitiendo un movimiento de 5 a 10 mm. Aplique un apósito estéril. Sujete la sonda al apósito con esparadrapo.

Después de la cicatrización inicial de la herida

Después de la cicatrización inicial de la herida (24-72 horas después de la inserción inicial de la PEG/J), este procedimiento debe realizarse diariamente para prevenir el síndrome del tope sepultado.

1. Retire el apósito, suelte el disco de retención externo para permitir el movimiento de la sonda PEG/J.
 - Empuje cuidadosamente la sonda 3-4 cm hacia el interior del estómago y tire suavemente hacia atrás hasta que note resistencia del disco de retención interno en el estoma y mueva la sonda en un movimiento bidireccional (hacia dentro y hacia fuera) cada vez que se cambie el apósito.
2. No retuerza ni gire la sonda PEG. Es importante que la sonda se mueva libremente en el estoma para prevenir que el disco de retención interno quede incrustado ("síndrome del tope sepultado").
3. Vuelva a poner el disco de retención, permitiendo un movimiento de 5 a 10 mm. Aplique un apósito estéril en "Y" bajo la sonda. No hace falta apósito una vez cicatrizado.
 - En los pacientes agitados es aconsejable fijar la sonda con un esparadrapo.

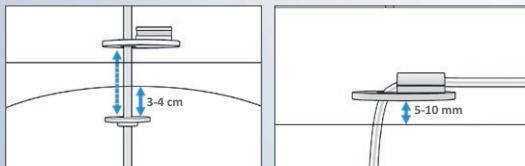


Figura 19. Colocación del disco de rotación

8

Complicaciones más frecuentes y medidas a adoptar

Generales

1. La aparición de un eritema circular de menos de 5 mm de diámetro es normal y no es necesariamente un signo de infección de la herida (observación minuciosa diaria).
2. No aplicar nunca pomada en el estoma de PEG ni en una herida de PEG que esté inflamada.
3. Es recomendable el cambio completo del equipo de gastrostomía y la sonda interna gastroduodenal cada 18 meses a 2 años.
4. La sonda PEG deberá retirarse endoscópicamente.

Protocolo del cuidado del estoma

Protocolo disponible en: www.aduoparkinson.es/profesionales

Solicite su clave de acceso como profesional al delegado comercial de la zona.

1. Zona eritematosa periostomal causada por presión del triángulo de sujeción externa

TRATAMIENTO

- Eliminar la presión del triángulo. Mantenerlo en la distancia adecuada, 5-10 mm del estoma.
- Se pueden usar cremas hidratantes, reepitelizantes (Blastoestimulina[®])⁸ o cicatrizantes (Cicalfate[®])⁹.

Otra opción: Colocar un apósito hidrocólicoide (Mepitel[®])¹⁰ empapando con suero fisiológico los guantes y el apósito para evitar que se adhiera, y tapanlo a continuación con una gasa. Mantener durante 3 días y, si fuera necesario, volver a poner un trozo nuevo.

PREVENCIÓN

- Evitar la presión del triángulo de sujeción externa colocándolo a una distancia de 5 mm.
- Educación al paciente en los signos de alerta de complicaciones (infecciones, granulomas...) e informar lo antes posible a su equipo médico para valorar tratamiento.

2. Granuloma de pequeño tamaño

TRATAMIENTO

- Lavar el estoma con suero fisiológico.
- Proteger bien la zona periestomal con vaselina pura.
- Aplicar toques con nitrato de plata (Argenpal®)¹¹, una aplicación por semana hasta su resolución y cubrir la herida con un apósito.
- Control semanal.

PREVENCIÓN

- Higiene diaria del estoma e higiene bucal.
- Usar ropa de tejidos naturales (algodón, lino...).
- Educación al paciente de los signos de alerta de complicaciones (infecciones, granulomas...) e informar lo antes posible a su equipo médico.
- Mantener disco en la distancia adecuada, 5-10 mm del estoma. Demasiada holgura favorece la aparición de granulomas.

3. Granuloma de tamaño medio-grande

TRATAMIENTO

- Lavar el estoma con suero fisiológico.
- Proteger bien la zona periestomal con vaselina pura.

- Aplicar toques con nitrato de plata (Argenpal®)¹¹, una aplicación por semana hasta su resolución y cubrir la herida con un apósito. Prescribir una crema de betametasona y gentamicina (Diprogenta®)¹² 2 veces al día durante 1 semana.
- Revalorar el estoma a la semana y repetir este mismo paso de nuevo si fuera necesario.
- Si el granuloma es muy grande o agrupación de granulomas sangrantes, se puede remitir al dermatólogo para ablación con láser.

Nota: Valorar, en granulomas pequeños, tratamiento único con nitrato de plata.

PREVENCIÓN

- Higiene en la manipulación del estoma (lavado de manos, uso de guantes).
- Usar ropa de tejidos naturales (algodón, lino...).
- Educación al paciente de los signos de alerta de complicaciones (infecciones, granulomas...) e informar lo antes posible a su equipo médico.
- Mantener disco en la distancia adecuada, 5-10 mm del estoma. Demasiada holgura favorece la aparición de granulomas.

4. Exudado y zona eritematosa periestomal debido a infección de granuloma

TRATAMIENTO

- Realizar frotis de exudado para realizar antibiograma.
- Lavar con suero fisiológico movilizandando la sonda para limpiar también la zona interna.
- Desinfectar con clorhexidina al 0,05% o 2%.
- Aplicar pomada de mupirocina al 2% (Bactroban®)¹³ y colocar un apósito hidrocoloide (Mepitel®)¹⁰, empapando con suero fisiológico los guantes y el apósito para evitar que se adhiera, y taparlo a continuación con una gasa.

- Realizar controles 2 veces por semana.
- Evitar que el triángulo externo de sujeción quede muy fijado a la pared abdominal, mantenerlo a 5-10 mm del estoma.
- Apoyar la sonda en el lado opuesto al granuloma.
- En caso de infecciones recurrentes, realizar cambio de dispositivo.

PREVENCIÓN

- Higiene diaria del estoma e higiene bucal.
- Usar ropa de tejidos naturales (algodón, lino...).
- Educación al paciente en los signos de alerta de complicaciones (infecciones, granulomas...) e informar lo antes posible a su equipo médico.
- Mantener disco en la distancia adecuada, 5-10 mm del estoma. Demasiada holgura favorece la aparición de granulomas.

5. Celulitis con infección y exudado de 10 días de evolución causado por tirón brusco tras haberse caído la bomba de perfusión cuando estaba conectada

TRATAMIENTO

- Valoración por el equipo multidisciplinar la realización de pruebas complementarias para descartar complicaciones y/o prescripción de fármacos, si fueran necesarios (analgésicos, antibióticos).
- Higiene de manos/guantes (cambio cada vez que sea necesario).
- Tomar muestra de cultivo y sustitución del triángulo de sujeción.
- Curas 3 veces al día: Lavar con suero fisiológico salino y clorhexidina al 0,05% o 2% durante 1 semana. Mantener apósito seco en la zona periestomal.
- Cuidados/limpieza de las sondas. Mantener cierta holgura del triángulo de sujeción (5-10 mm).

- Educación sobre la importancia de la adherencia a la antibioticoterapia.
- Recuperar integridad de la piel periestomal, según evolución: Apósito de alginato cálcico, cremas cicatrizantes (Cicalfate®)⁹, cremas barrera (Pasta Lassar®)¹⁴...
- Cambiar el apoyo de la sonda para evitar ulceraciones.
- Seguimiento semanal.

PREVENCIÓN

- Reforzar cuidados en la manipulación del sistema de infusión intestinal de Duodopa®.
- Evitar impactos intraestoma (tirones por caída de bomba de perfusión; en caso de que ocurra, realizar valoración para evitar complicaciones).
- Higiene/lavado de manos.
- Vigilar: Aparición de eritema (cambio de color periestomal), exudado, fiebre, supuración, celulitis, etc.
- Comunicar al paciente que se ponga en contacto con el personal de enfermería de inmediato.

6. Micosis

TRATAMIENTO

- Reforzar medidas de higiene. Limpiar el estoma con agua, jabón neutro y desinfectar con clorhexidina al 2%.
- Miconazol nitrato en crema 2 veces al día durante 1 semana y sustitución del triángulo externo de sujeción.
- Aplicación de cremas reepitelizantes (Blastoestimulina®)⁸ 2 veces al día durante 2 semanas.
- Aplicación de crema cicatrizante (Cicalfate®)⁹ 2 veces al día hasta resolución.
- Si no se resuelve, realizar cambio de dispositivo.

PREVENCIÓN

- Higiene diaria del estoma e higiene bucal.
- Usar ropa de tejidos naturales (algodón, lino...).
- Educación al paciente de los signos de alerta de complicaciones (infecciones, granulomas...) e informar lo antes posible a su equipo médico.
- Mantener el triángulo externo de sujeción a una distancia superior a la habitual.
- Mantener la zona seca y sin apósito.

Complicaciones de la sonda

Información sobre las complicaciones de la sonda disponible en:
www.aduoparkinson.es/profesionales

Solicite su clave de acceso como profesional al delegado comercial de la zona.

1. Obstrucción de la sonda

- La obstrucción de la sonda se indica a través de la alarma de «presión elevada» de la bomba. Podría indicar un acodamiento u obstrucción del sistema.
- Chequear que no haya pinzas cerradas o tapones obstruyendo el paso de la medicación.
- Comprobar permeabilidad de la sonda, realizar lavado con 5 cc de agua. NO FORZAR. Si no se pudiera, esperar unas horas y volver a intentarlo. Normalmente el problema se solucionará espontáneamente dentro de las 24 horas siguientes.
- Si persiste el problema se puede movilizar la sonda interna, retirándola aproximadamente 5-10 cm, y se intenta lavar.

2. La oclusión puede deberse a:

Bucles: Las medidas que deberán adoptarse serán:

- Introducir la PEG/J recta en el intestino hasta donde sea posible usando radioscopia y una guía.
- Acortar la sonda intestinal si es necesario para evitar bucles en el estómago.

Torsiones: Las medidas que deberán adoptarse serán:

- Intentar lavar la PEG/J (con cuidado).
- Radioscopia:
 - Dar la vuelta a la sonda interna.
 - Colocarla recta lo más lejos posible hacia abajo – utilizar radioscopia y una guía.
 - Acortar la sonda interna si es necesario para evitar bucles en el estómago.

Nudos: Las medidas que deberán adoptarse serán:

- Intentar lavar la PEG/J (con cuidado).
- Radioscopia – nudos.
- Gastroscoopia – cortar el tubo interior y extraerlo. No debe dejarse en el intestino, porque puede causar íleo.

9

Cambio de conectores

Información sobre el cambio de conectores disponible en:
www.aduoparkinson.es/profesionales

Solicite su clave de acceso como profesional al delegado comercial de la zona.

1. Soltar la pieza triangular que hace de fijación externa de la sonda PEG retirando la abrazadera azul y liberando la sonda (a). Poner una pinza Koger en la sonda PEG para evitar que la sonda interna se desplace. Hacerlo con una gasa para evitar dañarla (b).

Realizar un corte (de manera que quede una sección lo más plana posible) cerca de los conectores (c).

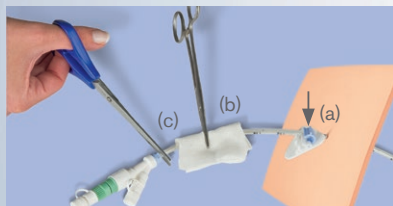


Figura 20. Liberar la sonda

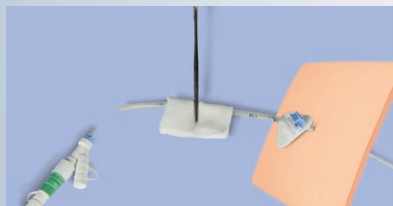


Figura 21. Realización de un corte

2. Agarrar la sonda interna con unas pinzas y estirar hacia fuera unos 10 cm.

Soltar el Koger para sacar la sonda. Volver a colocarlo una vez retirada.

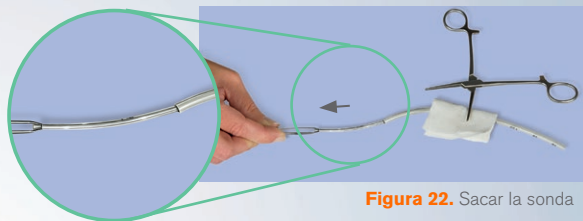


Figura 22. Sacar la sonda

3. Pasar el conector azul por la sonda interna y luego por la sonda PEG, de manera que la parte hexagonal quede mirando al abdomen y la rosca hacia el exterior.



Figura 23. Pasar el conector azul

4. Pasar la pieza en forma de "Y" por la sonda interna e introducirla en la sonda PEG.



Figura 24. Pieza en forma de "Y"

5. Deslizar el conector azul hacia la pieza en forma de "Y". Ambas piezas se unen mediante una rosca.

Al enroscar las dos piezas, retirar la arandela blanca.



Figura 25. Unión entre conector azul y la pieza en forma de "Y"

6. Deslizar el conector CLIC de color verde y blanco a través de la sonda intestinal de forma que la parte blanca esté orientada hacia el abdomen y la parte verde hacia el exterior.



Figura 26. Conector CLIC

7. Introducir el conector luer-lock (la punta metálica), en la sonda interna tanto como sea posible.



Figura 27. Conector luer-lock

8. Enroscar el conector CLIC (verde y blanco) al luer-lock.

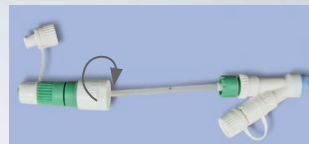


Figura 28. Conexión conectores CLIC y luer-lock

IMPORTANTE

- Al enroscarlo, girar únicamente el conector CLIC, ya que si se girase el luer-lock rotaría la sonda interna y se descolgaría.

9. Aproximar ambos conectores enroscados al conector en "Y" hasta juntarlos y oír un doble "clic". Esto indicará que está bien cerrado.

Hacerlo de modo que una de las medias lunas de la pieza CLIC quede debajo del brazo de la "Y".

Estirar para comprobar que no se sueltan. Cerrar tapón.



Figura 29. Unión entre ambos conectores con el conector con forma de "Y"

10. Colocar de nuevo el triángulo de fijación externa.

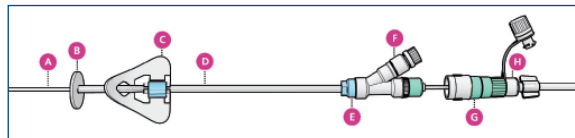


Figura 30. Triángulo de fijación externa

Referencias

1. Rascol O, Lozano A, Stern M, Poewe W. Milestones in Parkinson's disease therapeutics. *Mov Disord.* 2011;26:1072-82.
2. Antonini A, Chaudhuri KR, Martinez-Martin P, Odin P. Oral and infusion levodopa-based strategies for managing motor complications in patients with Parkinson's disease. *CNS Drugs.* 2010 Feb;24(2):119-29.
3. Luquin MR, Kulisevsky J, Martinez-Martin P, Mir P, Tolosa ES. Consensus on the Definition of Advanced Parkinson's Disease: A Neurologists-Based Delphi Study (CEPA Study). *Parkinsons Dis.* 2017;2017:4047392. doi: 10.1155/2017/4047392.
4. Olanow CW, Kieburtz K, Odin P, et al. Continuous intrajejunal infusion of levodopa-carbidopa intestinal randomised, controlled, double-blind, double-dummy study. *Lancet Neurol.* 2014 Feb;13(2):141-9.
5. Ficha técnica de Duodopa®.
6. Instrucciones de uso, sonda intestinal "Y" de AbbVie®.
7. Instrucciones de uso, Kit de gastrostomía endoscópica percutánea de AbbVie® FR 15/ FR 20.
8. Ficha Técnica de Blastoestimulina® 2% polvo cutáneo. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/35908/35908_ft.pdf. Último acceso: marzo 2020.
9. Información de Cicalfate®. Disponible en: <https://www.eau-thermale-avene.es/rostro/cuidados-especificos/cicalfate-piel-irritada/cicalfate-crema-reparadora>. Último acceso: marzo 2020.
10. Información de Mepitel®. Disponible en: <https://www.molnlycke.es/productos-soluciones/mepitel-film/>. Último acceso: marzo 2020.
11. Ficha Técnica de Argenpal®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/15734/FT_15734.pdf. Último acceso: marzo 2020.
12. Ficha Técnica de Diprogenta®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/53541/FT_53541.pdf. Último acceso: marzo 2020.
13. Ficha Técnica de Bactroban®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/58868/FT_58868.pdf. Último acceso: marzo 2020.
14. Ficha Técnica de Pasta Lassar®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/33302/FT_33302.pdf. Último acceso: marzo 2020.

Orden de colocación de los conectores de la sonda PEG:

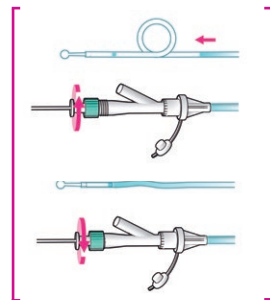
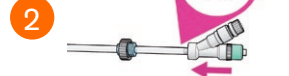


Los componentes del sistema representado corresponden a los de una sonda de 15 FR. En caso de utilizar la sonda de 20 FR el color de los componentes C, E y F sería violeta.

- A. Sonda Abbvie® J.
- B. Plato de retención interno.
- C. Triángulo (o placa) de fijación externa.
- D. Sonda Abbvie® PEG.
- E. Conector azul.
- F. Conector Y*.
- G. Adaptador tipo "Clic".
- H. Conector "Luer-lock".



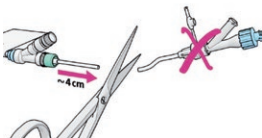
*Actualización del conector Y por colores según calibre.



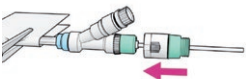
6



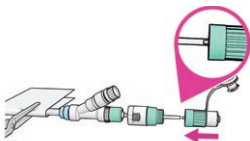
7



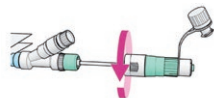
8



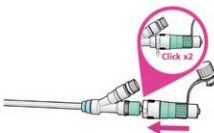
9



10



11



Para más información consulte las instrucciones de uso disponibles en los Kit AbbVie PEG/J (15 y 20 FR).





Ver Ficha Técnica de Duodopa®
20 mg/ml + 5 mg/ml gel intestinal.

ES-DUOD-170425-ENE2020

abbvie