

# CUIDADOS Y MANEJO DE LA SONDA PEG

DESDE LA INSERCIÓN HASTA EL SEGUIMIENTO  
DOMICILIARIO

Guía clínica para profesionales

# CONCEPTO E INDICACIONES

## PEG

Acceso gástrico percutáneo guiado por endoscopia

La PEG asegura la nutrición del paciente y su colocación no tiene por qué ser definitiva

### Neurológicas

Parkinson, ELA, demencia, esclerosis múltiple y parálisis cerebral.

### Oncológicas

Cáncer de cabeza o cuello

### Evento agudo

Enfermedad cerebrovascular con dificultad de alimentación y traumatismos faciales.

### Otros casos

Anorexia u otros cuadros que comprometen la nutrición oral.

# PREPARACIÓN DEL PROCESO

## AYUNO

Sólidos y líquidos durante 8-12 horas.

## MEDICACIÓN

Retirada de anticoagulantes y antiagregantes según protocolo AVERROES.

## ANALÍTICA

Hemograma y coagulación recientes.

## HIGIENE ORAL

Lavado de cavidad oral con clorhexidina.

## PROFILAXIS

Amoxicilina clavulanico, cefazolina ceftriaxona, cefotaxima o ciprofloxacino.

## CONSENTIMIENTO

Firma obligatoria antes de la técnica.

## EN ENDOSCOPIAS:

Checklist, vía venosa, analítica si falta, antibiótico previo y verificación final del consentimiento.

## PACIENTES EN TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES (PRADAXA®, ELIQUIS®, XARELTO®)

1. En procedimientos NO intervencionistas (GASTROSCOPIA DIAGNÓSTICA, pHmetría, MANOMETRÍA, ECOGRAFÍA) no es necesario suspender el fármaco.
2. En procedimientos intervencionistas (GASTROSCOPIA TERAPÉUTICA, COLONOSCOPIA, ECOENDOSCOPIA, C.P.R.E., ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA: biopsia hepática, PAAF)

Fármaco	Eliquis, Pradaxa o Xarelto*	Heparina (Clexane 40mg/24h/sc)					Eliquis, Pradaxa o Xarelto*
Toma	Última toma en la cena	Sobre la 20:00h -21:00h					Comenzar en la cena
DÍA	- 3	- 2	- 1	PROCEDIMIENTO	+ 1	+ 2	+ 3 ó + 4

MUY IMPORTANTE



*En caso de presentar cualquier dificultad en la hemostasia o esperar un alto riesgo de hemorragia tras el procedimiento demorará el inicio del anticoagulante a criterio de la Unidad de Endoscopias (generalmente entre 3 y 5 días y siempre que no haya evidencia de sangrado activo) y entre tanto continuará con la profilaxis con heparina.*

\* Desde el Servicio de Hematología se recomienda la toma de Xarelto SIEMPRE en la cena.

## PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE (AAS, CLOPIDOGREL, PRASUGREL, TICAGRELOR)

En procedimientos NO intervencionistas (GASTROSCOPIA DIAGNÓSTICA, pHmetría, MANOMETRÍA, ECOGRAFÍA) no es necesario suspender el/los fármacos.

En procedimientos intervencionistas (GASTROSCOPIA TERAPÉUTICA, COLONOSCOPIA, ECOENDOSCOPIA, C.P.R.E., ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA: biopsia hepática, PAAF):

1. **MONOTERAPIA CON AAS (adiro):** Se puede realizar el procedimiento sin retirar el tratamiento siempre que este sea con AAS a dosis de 100mg/día o inferiores. En los casos que el paciente tome dosis mayores de AAS se recomienda pasar a AAS 100mg/día y reiniciar su dosis habitual a las 48h del procedimiento, siempre que no haya evidencias de hemorragia.
2. **MONOTERAPIA CON CLOPIDOGREL:** Se debe sustituir por AAS 100mg/día con al menos 5 días de antelación y sustituirlo nuevamente por el Clopidogrel a las 48h del procedimiento, siempre que no haya evidencias de hemorragia.
3. **DOBLE TERAPIA:** Suspender Ticagrelor o Prasugrel 7 días antes y Clopidogrel al menos 5 días antes del procedimiento. Mantener con AAS 100mg/día hasta que pueda reiniciarse nuevamente la doble antiagregación a las 48h del procedimiento, siempre que no haya evidencias de hemorragia.

**NOTA:** En los pacientes con antecedentes de síndrome coronario agudo (SCA) es recomendable demorar la endoscopia al menos 12 meses tras el episodio, no obstante en caso necesario este puede llevarse a cabo SIN SUSPENDER ANTIAGREGACIÓN y una vez transcurridas 6 semanas tras el **SCA con implante de stent metálico o sin que se haya implantado ningún stent**. En los pacientes con **stent farmacoactivo** recomendamos demorarlo 6 meses tras el episodio. En los pacientes con antiagregación por **patología arterial periférica** es recomendable posponerlo 3 meses después del episodio agudo.

# SECUENCIA DE COLOCACIÓN

## FASE 1

### TRANSILUMINACIÓN

Endoscopio en estómago, localización del punto de punción y confirmación por digitopresión.

## FASE 2

### PUNCIÓN

Anestesia local, incisión cutánea, e introducción del trocar hasta la cavidad gástrica.

## FASE 3

### TRACCIÓN

Paso del hilo guía, extracción por boca, anclaje de la PEG y arrastre hasta el abdomen

## FASE 4

### VERIFICACIÓN

Comprobación endoscópica del ajuste interno y colocación del retenedor externo.

TÉCNICA DE REFERENCIA DESCRITA: MÉTODO “PULL” DE GAUDERER-PONSKY.



# CUIDADOS POST-INSERCIÓN



**REGLA CRÍTICA**  
Nunca colocar gasas entre el retenedor y la piel.

**ANTES DE CADA TOMA**  
Verificar que el retenedor está totalmente ajustado a la piel.



# ALIMENTACIÓN Y LAVADO DE LA SONDA

- Uso de formulas de nutrición por sonda PEG
- Administrar la dieta lentamente en 5-6 tomas diarias.
- Mantener al paciente sentado o semi incorporado durante la toma y 2 horas después (si es posible)
- Administrar una jeringa de agua antes de dieta o medicación y otra después.

## Escalado de volumen

DIA 1

100 cc/Toma



DIA 2

175 cc/Toma



DIA 3

250 cc/Toma



# RECAMBIO Y SEGUIMIENTO

**1º**

## Primer recambio

Siempre en endoscopias, tras solicitud por ISAE, con colocación de sonda de balón.

**AP**

## Siguientes cambios

Siguientes cambios  
Los realiza la enfermera responsable del paciente en Atención Primaria

**1 año**

## Vida útil orientativa

Puede mantenerse más de un año si no presenta rotura, salida accidental o mal funcionamiento.

El recambio se indica por mal funcionamiento, rotura o salida accidental; si no hay incidencias, la sonda puede permanecer colocada durante largos periodos.

# COMPLICACIONES FRECUENTES

## OBSTRUCCIÓN

Prevenir con agua tras cada toma. si persiste, desobtruir con agua tibia; si falla, recambio.

## INFECCIÓN DEL ESTOMA

Eritema, exudado o emplastamiento; tomar muestra con hisopo, limpiar y tratar según pauta médica.

## SALIDA ACCIDENTAL

Colocar recambio urgente; si no es posible, se colocara una sonda vesical para evitar el cierre del estoma



# COMPLICACIONES FRECUENTES

## GRANULOMA

Limpieza local y  
cauterización mediante  
ARGENPAL.



## FUGA PERIOSTOMAL

Valorar incisión grande,  
dilatación del estoma o  
velocidad excesiva de  
administración.



## PUNTO CLAVE

Eritema, exudado o  
emplastamiento; tomar  
muestra con hisopo,  
limpiar y tratar según  
pauta médica.

# TELÉFONOS DE CONTACTO

**ISABEL FRECHILLA**

**ENFERMERA OSTOMIAS**

**Tfno. interior 164070**

**Tfno. exterior 697517357**

**M<sup>a</sup> JESÚS IBÁÑEZ**

**SUPERVISORA DE ENDOSCOPIAS**

**Tfno. interior 164227**

**Tfno. exterior 617120765**

# MENSAJES CLAVE

Preparación correcta, técnica segura y verificación del consentimiento marcan el inicio del proceso asistencial

Higiene del estoma, ajuste del retenedor y ausencia de gasas son pilares del cuidado diario.

El lavado con agua antes y después de dieta o medicación reduce el riesgo de obstrucción.

La detección precoz de fugas, infección o salida accidental evita complicaciones mayores.

# MEDICACIÓN



- Preferir formas líquidas ( jarabes y suspensiones).
- Triturar bien los medicamentos si está indicado y diluirlos en agua.
- No triturar comprimidos recubiertos o de liberación prolongada.



- No mezclar varios medicamentos en la misma jeringa.
- Lavar la sonda tras la administración.

## ALERTAS

**ACUDIR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD SI:**

- Piel roja, caliente, con dolor, salida de pus y/o desprende mal olor.
- Sale mucho líquido gástrico alrededor de la sonda.
- Su sonda se sale accidentalmente.
- No pasa agua o alimento a través de la sonda.



# TELÉFONOS DE CONTACTO



## HOSPITAL

Supervisora endoscopias :  
M<sup>a</sup> Jesús Ibáñez  
Tel. interno 164227  
Tel externo 617120765

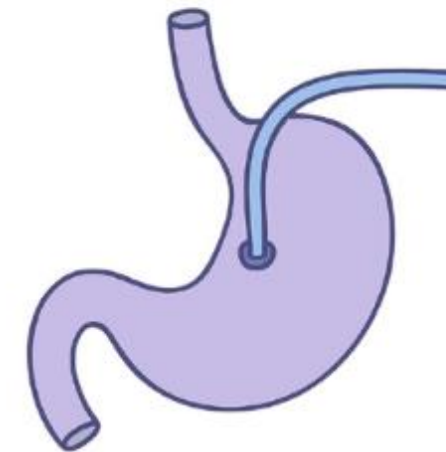
Enfermera ostomías :  
Isabel Frechilla  
Tel. interno 164070  
Tel externo 697517357



## CENTRO DE SALUD

Su enfermera de referencia en Atención Primaria.

# CUIDADOS BÁSICOS DE SU SONDA DE GASTROSTOMÍA



## CUIDADOS DE LA PIEL PERISONDA

- Limpieza diaria de la piel con agua tibia y jabón neutro (PH 5,5).
- Secar muy bien la piel con toques suaves.



- A partir de 48-72 horas podrá ducharse normalmente.



- Para baños en mar y piscinas, esperar mínimo 2 semanas.



- Recuerde la higiene habitual de la boca aunque no sea la vía de entrada del alimento.



## SÍ

- ✓ Mantener la piel seca y al aire siempre que sea posible.
- ✓ Revisar todos los días si hay enrojecimiento, líquido abundante que sale perisonda y mal olor.



- ✓ Rotar diariamente el retenedor de la sonda 360° en ambos sentidos para evitar adherencias. Se pueden usar productos barrera como ; cremas con zinc o productos hidrocoloides (pasta, anillos, polvo, placa...) Si son indicados por el profesional.

## NO

- ✗ Usar alcohol, yodo o agua oxigenada salvo indicación sanitaria.
- ✗ Poner gasas entre la piel y el retenedor , ya que guardan humedad y maceran la piel.



## ALIMENTACIÓN

- Usar fórmulas de nutrición industrial prescritas por facultativo especialista.
- Administrar el alimento lentamente con jeringa o bomba repartido en 5-6 tomas diarias.



- La persona permanecerá incorporada 30-45° durante la alimentación y al menos 30 min después de finalizar.



- Lavar la sonda antes y después de cada uso para evitar obstrucciones (50 cc de agua).
- El volumen de alimento administrado debe ser escalado por días:

**1 DÍA** 100 cc por toma

**2 DÍA** 175 cc por toma

**3 DÍA Y SUCESIVOS** 250 cc por toma

**Vigilar reflujo**