

PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

FEMORA

Procedimientos de enfermería: cuidados de sondas

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA

Esta obra está disponible para su consulta y descarga en el siguiente enlace:

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Publicaci%C3%B3ns-da-Organizaci%C3%B3n>



Xunta de Galicia 2020. Procedimientos de enfermería

Esta obra se distribuye con una licencia Atribución–No comercial- Compartirlgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY- NC-SANA 4.0). Para ver una copia de la licencia, visite:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.gl>

Este documento debe ser citado como:

Pérez I., Abeledo MC., Argibay c., Bas M., Cabada MJ., Campos L., Carabelos P., Carballo R., Castro MJ., Costa MC., Esperón JA., Gago MC., González MB., Hevia MC., Lema S., Recamán JM., Rosendo JM., Sánchez S., Turnes J., Vila BC. Procedemento de coidados da gastrostomía endoscópica percutánea. Servizo Galego de Saúde. 2019.

XUNTA DE GALICIA

Consellería de Sanidad

Servicio Gallego de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela 2020

FECHA DE ELABORACIÓN: Febrero 2019

EDITA: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud.
Dirección General de Asistencia Sanitaria

LUGAR: Santiago de Compostela

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Servicio de Integración Asistencial

AÑO: 2020

AUTORES:

Pérez García, Isabel – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Abeledo Márquez, M^a Carmen – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Argibay Cochón, Carlos – Enfermero de la AS Pontevedra y O Salnés.

Bas Méndez, Montserrat - Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Cabada Álvarez, M^a José – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Campos Chan, Lidia – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Carabelos Acuña, Purificación – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Carballo Carballa, Roberto -Enfermero de la AS Pontevedra y O Salnés.

Castro Castro, M^a José – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Costa Mouriño, M^a Carmen – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Esperón Guimil, José Antonio – Enfermero de la AS Pontevedra y O Salnés.

Gago Ferreiro, M^a Cruz – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

González Cupeiro, M^a Beatriz – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Hevia Pardo, M^a del Carmen – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Lema Pedreira, Silvia – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Recamán Lagos, José Manuel – Enfermero de la AS Pontevedra y O Salnés.

Rosendo Fernández, José Manuel – Enfermero de la AS Pontevedra y O Salnés.

Sánchez Radio, Silvia – Enfermera de la AS Pontevedra y O Salnés.

Turnes Vázquez, Juan – Médico especialista en digestivo de la AS Pontevedra y O Salnés.

Vila Martínez, Bernardo Celso – Enfermero de la AS Pontevedra y O Salnés.

Índice

DEFINICIONES.....	8
ABREVIATURAS.....	9
PALABRAS CLAVE.....	9
OBJETIVOS.....	10
4.1 Objetivo general.....	10
4.2 Objetivos específicos.....	10
ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	10
5.1 Diagnósticos de enfermería relacionados.....	10
5.2 Población diana.....	11
5.3 Profesionales a los que va dirigido.....	11
5.4 Ámbito asistencial de aplicación.....	11
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO ¹⁰⁻¹⁵	11
6.1 Medios materiales.....	11
6.2 Procedimiento.....	12
6.2.1 Cuidados del estoma.....	12
6.2.2 Cuidados del soporte externo.....	13
6.2.3 Fijación de la PEG al enfermo.....	13
6.2.4 Cuidados de la PEG.....	13
6.2.5 Administración de la nutrición enteral.....	14
6.2.6 Administración de los medicamentos.....	15
6.2.7 Cuidado de la boca de los pacientes.....	15
6.2.8 Cambio de la PEG.....	15
6.3 Observaciones.....	16

6.4 Registros.....	16
6.5 Evaluación y seguimiento.....	16
INDICADORES.....	17
RESPONSABILIDADES.....	17
REFERENCIAS.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18
Bibliografía referenciada.....	18
Bibliografía consultadas.....	19
ANEXOS.....	21
Anexo 1: Complicaciones de la PEG.....	21
Anexo 2: Listado de comprobación de los cuidados de la PEG.....	23

JUSTIFICACIÓN

La protocolización de los cuidados de la PEG responde a la necesidad de disponer documentalmente de pautas de actuación, con el fin de proporcionar una asistencia eficaz de máxima calidad, basada en criterios científicos, y reducir la variabilidad asistencial, lo que garantizará las medidas de seguridad esenciales para reducir la probabilidad de que ocurran incidentes y/o eventos adversos.

La desnutrición relacionada con la enfermedad constituye un problema sanitario de elevada persistencia y altos costes. La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) se convirtió en un método ampliamente aceptado para mantener la nutrición enteral a largo plazo en pacientes que son incapaces de alimentarse por vía oral, pero en los que su tracto gastrointestinal sigue siendo funcional. (Nivel IV). Requiere una estadía hospitalaria menor que la inserción quirúrgica de la sonda de gastrostomía, es menos costosa y es mucho más rápida¹.

La PEG supone la mejor alternativa a la sonda nasogástrica² para la alimentación enteral en el ámbito domiciliario, cuando se considere que el período de nutrición va a ser superior a cuatro semanas y la esperanza de vida superior a dos meses³. (Nivel IV). Se valora su sencillez, su seguridad y su fácil manejo⁴.



DEFINICIONES

Alimentación enteral: es una medida de soporte nutricional mediante la cuál se introducen los nutrientes directamente en el tubo digestivo a través de una sonda. Uno de sus extremos quedará en el exterior y lo otro en uno de los distintos tramos del tubo digestivo. En este caso, la alimentación salta algunas fases del proceso digestivo, como son la fase bucal y la esofágica. Se utiliza cuándo no es posible a alimentación voluntaria y el aparato digestivo sigue manteniendo su funcionalidad⁵.

Estoma: proviene del griego stoma (boca); es la abertura creada quirúrgicamente entre una víscera hueca y la superficie corporal u otra víscera⁶.

Gastrostomía endoscópica percutánea: es la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Se usa fundamentalmente para administrar alimentación a pacientes con disfagia (dificultad para tragar los alimentos), debida a un problema mecánico o neurológico y que se suponga que puedan tener una adecuada esperanza de vida⁷ (superior a 2 meses).

Sonda: es un instrumento que se introduce en un cuerpo para explorar alguna de sus partes o extraer o introducir sustancias⁶.

Sonda nasogástrica: sonda que se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago. Se puede usar para administrar medicamentos, líquidos y alimentos líquidos, o para extraer sustancias desde el estómago. La administración de alimentos a través de una sonda nasogástrica es un tipo de nutrición enteral⁸.



ABREVIATURAS

AS: Área Sanitaria

cc: centímetro cúbico

CMA: cirugía mayor ambulatoria

GACELA: Gestión avanzada de cuidados de enfermería, línea abierta

AS: estructura organizativa de gestión integrada

HC: historia clínica

ml: milímetro

PEG: gastrostomía endoscópica percutánea (acrónimo que surge de su nombre en inglés, Percutaneous Endoscopy Gastrostomy)

SERGAS: Servicio Gallego de Salud

TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería



PALABRAS CLAVE

Gastrostomía; Nutrición enteral; Cuidados de enfermería; Estoma; PEG



OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Definir las prácticas clínicas que se han de llevar a cabo en un paciente portador de sonda de PEG, para lograr un nivel óptimo de calidad asistencial.

4.2 Objetivos específicos

- Instruir a los profesionales de enfermería en los cuidados postcolocación de la sonda de PEG y en la prevención de complicaciones.
- Conseguir un método seguro y efectivo para la administración de la nutrición enteral durante largos períodos de tiempo en pacientes que no pueden deglutir.



ÁMBITO DE APLICACIÓN

5.1 Diagnósticos de enfermería relacionados

Diagnósticos NANDA⁹

- 00004: Riesgo de infección
- 00039 Riesgo de aspiración
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00118 Trastorno de la imagen corporal
- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional

5.2 Población diana

Este procedimiento es de aplicación a todos los usuarios del Sergas portadores de una PEG.

5.3 Profesionales a los que va dirigido

Este protocolo es de aplicación a todos los médicos, enfermeras/os y TCAE del SERGAS que vayan a participar en los cuidados de una PEG.

5.4 Ámbito asistencial de aplicación

Este protocolo es de aplicación en la red sanitaria del SERGAS, en los pacientes portadores de una PEG.



DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO¹⁰⁻¹⁵

6.1 Medios materiales

- Guantes
- Gasas estériles
- Jabón neutro
- Bastoncillo de algodón
- Agua tibia
- Solución antiséptica
- Apósito
- Esparadrapo hipoalergénico
- Jeringuilla (50 cc)

6.2 Procedimiento

- Saludar, presentarse e identificarse.
- Comprobar la identidad del paciente, según el procedimiento de aplicación en el Servicio Gallego de Salud.
- Respetar su intimidad y guardar la confidencialidad de sus datos.
- Informar al paciente y/o cuidador principal del procedimiento que se le va a realizar y solicitar su colaboración (Grado B) – si es posible -, recalcar su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores. En el caso de pacientes pediátricos, explicarles el procedimiento a los padres o tutores legales (Grado B).
- Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible.
- Comprobar sus alergias.
- Colocar el paciente en su posición idónea.
- Realizar la higiene de manos (Nivel I) y colocar guantes no estériles.

6.2.1 Cuidados del estoma

- Comprobar que alrededor de la incisión no existe irritación cutánea, inflamación o secreción y que la zona no está enrojecida o dolorosa (Anexo 1). Si se presenta alguna de estas circunstancias, se debe informar al médico de referencia.
- Durante los primeros 15 días, lavar el estoma, con la ayuda de una gasa estéril, con agua tibia y jabón. Secar el estoma y la zona circundante con otra gasa estéril, desde la sonda hacia fuera, sin ejercer presión sobre ella. Si se observa suciedad debajo del soporte y la sonda está fijada, se puede levantar o girar ligeramente el soporte externo para limpiarlo mejor.
- Aplicar una solución antiséptica y colocar una gasa estéril abierta debajo del estoma. A partir de la tercera semana, es suficiente con limpiar diariamente el estoma con agua y jabón.

- Se recomienda la utilización de ropa floja que no oprima el estoma.
- Se puede duchar tras una semana de la colocación del estoma.

6.2.2 Cuidados del soporte externo

- El soporte externo debe quedar colocado de modo que se apoye sobre la piel sin ejercer presión.

6.2.3 Fijación de la PEG al enfermo

- Fijar la sonda sobre la pared abdominal con cinta hipoalergénica, aprovechando la flexión natural de la sonda que sobresale del estómago. Evitaremos así que esta se doble y reduciremos al mínimo la presión ejercida en la zona de incisión.
- Cambiar todos los días el esparadrapo, o siempre que esté sucio, despegado o deteriorado.
- Rotar todos los días el punto de fijación del esparadrapo.

6.2.4 Cuidados de la PEG

- Limpiar diariamente y de forma minuciosa la parte externa de la PEG y el soporte externo, así como la conexión adaptadora de la sonda, con agua tibia y jabón suave. Aclarar y secar.
- Limpiar la parte interna de la conexión periódicamente con agua y bastoncillos de algodón.
- Girar diariamente la sonda por lo menos una vuelta, para que no quede adherida a la piel ni la aguja de aletas interna quede embebida por la pared gástrica (Grado C).
- Cerrar el tapón de la sonda cuando no se use.
- Comprobar cada dos semanas la estanqueidad de las sondas con balón. Para eso, controlar el agua del balón aspirando su volumen

con una jeringuilla y comprobando que este es el correcto (la cantidad está indicada en su extremo proximal). Volver a inflarlo.

6.2.5 Administración de la nutrición enteral

- Lavar las manos previamente a la manipulación de la nutrición.
- El paciente estará sentado o incorporado (posición de Fowler o semi-Fowler) (Nivel I) durante la administración de la nutrición y entre 30-60 minutos después de finalizar esta. Si no se puede mantener esta postura, se colocará de lado en la cama.
- Comprobar que la posición de la sonda es la correcta: se hará observando la graduación de la sonda en centímetros.
- Antes de la administración de la alimentación, comprobar el residuo gástrico aspirando lentamente con una jeringuilla de 50 ml. (Grado C) (Nivel I). Si este es superior a 100 ml, se esperará una hora. Pasado ese tiempo, se volverá a hacer la comprobación: si continuara siendo superior a 100 ml, se pondrá en conocimiento del médico. El aspirado SIEMPRE se vuelve a introducir en el estómago. Después de la aspiración de residuos, se debe limpiar la sonda con 30-50 ml de agua.
- Comprobar que la sonda está permeable antes de cada ingestión, pasando una jeringuilla con 30-50 ml de agua. (Nivel II). Si al administrar cualquier tipo de sustancia se percibe alguna resistencia que impide su introducción, la causa puede ser que la sonda esté obstruida por restos de medicamentos o de alimentación; en este caso, se puede introducir a través de ella agua tibia para que los ablande.
- Después de la administración de alimentación, pasar 50 cc de agua (si la alimentación es continua, se recomienda hacerlo igualmente cada 6 horas) (Nivel II).

6.2.6 Administración de los medicamentos

- No mezclar nunca los medicamentos con la alimentación (Grado C).
- Limpiar la sonda irrigando 30 ml de agua con una jeringuilla antes y después de la administración de la medicación (Grado C).
- La administración de medicamentos debe hacerse de forma líquida o triturándolos hasta obtener un polvo fino y diluidos en 10-15 ml de agua, siempre que lo permita la presentación; si la presentación no ofreciera esta posibilidad, se debe escoger una que sí lo haga.
- Los medicamentos se administrarán inmediatamente después de ser preparados.
- Se administrará cada fármaco por separado, primero las formas líquidas y después las más densas; las soluciones viscosas se administrarán en último lugar. Se lavará la sonda con 5 ml de agua después de cada uno.
- No se deben triturar los comprimidos efervescentes, las formas farmacéuticas con cubierta entérica, de liberación retardada, de absorción sublingual, las cápsulas que contienen gránulos, las cápsulas gelatinosas que contienen líquidos y los medicamentos con actividad carcinogénica o teratogénica.

6.2.7 Cuidado de la boca de los pacientes

- Lavar la boca y cepillar los dientes y la lengua del paciente con cepillo y pasta dentífrica, aunque no coma, por lo menos dos veces al día. Enjuagar con agua y un antiséptico bucal. No debe tragar el agua. Si el paciente no puede realizar estos cuidados personalmente, el cuidador debe realizar la limpieza de su boca con una gasa y antiséptico bucal diluido (Nivel I).

6.2.8 Cambio de la PEG

- Debe hacerse cada 6 meses.

6.3 Observaciones

- Aclarar la sonda PEG entre las comidas, así como antes y después de administrar medicamentos, puede reducir al mínimo la posibilidad de obstrucción (Grado B).
- Para manejar la obstrucción, pueden emplearse técnicas de aclarado, enzimas o fiador. No está claro si estas soluciones deben emplearse de forma individual, secuencial o simultáneamente (Grado B).
- El uso de sulfadiazina de plata micronizada puede tener algún beneficio en el manejo de la infección de la zona de inserción de la sonda PEG (Grado B).
- Proporcionarle al paciente y/o cuidador(es) instrucciones verbales antes del alta, junto con el material escrito sobre el cuidado de la sonda PEG y la zona de inserción y que hacer en el caso de cualquier complicación (Grado B).

6.4 Registros

- Se realizarán en la aplicación informática GACELA, IANUS, en la hoja de enfermería o en cualquier otro sistema de registro con el que cuente la unidad. Se deberá anotar la realización de la cura, registrar los cuidados del estoma y de la sonda y registrar las complicaciones, si se presentaran.
- Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento.

6.5 Evaluación y seguimiento

El presente documento será actualizado en el plazo de cinco años o cuando la evidencia científica pueda afectar el recogido en el procedimiento.



INDICADORES

- Número de pacientes que alrededor de la incisión no presentan irritación cutánea, ni inflamación ni secreción y la zona no está escamada ni dolorida / Número de pacientes portadores de PEG.
- Número de pacientes en los que el tapón de la sonda está cerrado porque no se está usando / Número de pacientes portadores de PEG.
- Número de pacientes que en el momento de la administración de cualquier sustancia a través de la sonda están en posición de Fowler o semi- Fowler/ Número de pacientes portadores de PEG.



RESPONSABILIDADES

Las acciones derivadas de la puesta en práctica de este procedimiento son responsabilidad del personal sanitario del Servicio Gallego de Salud. La disponibilidad del procedimiento y de las herramientas necesarias para su aplicación en la práctica asistencial son responsabilidad de la dirección del centro sanitario.



REFERENCIAS

Procedimiento de Identificación de pacientes hospitalizados en Observación de Urgencias y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), del Complejo Hospitalario de Pontevedra.



BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía referenciada

1. JBI Prevención y tratamiento de las complicaciones asociadas al uso de las sondas PEG del adulto. Best Practice 14 (10) 2010.
2. Dwolatzky T, Berezovski S, Friedmann R, Paz J, Clarfield A M, Stessman J et al. "A prospective comparison of the use of nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy tubes for long-term enteral feeding in older people". Clin Nutr. 2001;20:535-40.
3. Holmes S. "Enteral feeding and percutaneous endoscopic gastrostomy". Nurs Stand. 2004;18:41-3
4. Sartori S, Trevisani L, Tassinari D, Gill G, Nielsen I, Maestri A et al. Cost analysis of long-term feeding by percutaneous endoscopic gastrostomy in cancer patients in an Italian health district. Support Care Cancer. 1996;4: 21-6.
5. Ostabal Artigas MI. Elsevier. Cádiz. Med Integral 2002;40(7):310-7.
6. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed. Madrid: Espasa, 2014.
7. Pereira Cunill J L, García Luna PP. Scielo. Rev. esp. enferm. dig. Vol.102 no.10 Madrid oct.2010. Consultado el 15/2/2018. Disponible en scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010001000010
8. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario del cáncer. Consultado el 28/01/2019. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/sonda-nasogastrica>
9. Herman TH, Damitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación, 2015-2017. Edición española. Barcelona. Elsevier. 2015.
10. Sanahuja M, Soler N, Trallero R. Manual de nutrición enteral a domicilio. Novartis Medical Nutrition. 2003.

11. Manual de estilo dos profesionais do Servicio Galego de Saúde. Recomendacións para una comunicación efectiva co paciente. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela. 2014.
12. Burgos Trujillo J, Tirado Pedregos G, Martínez Trujillo S. Cuidados en el cambio de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea de balón en atención primaria. *Evidentia* 9(38). 2012. Consultado el 03/02/2019. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n38/ev3801r.php>
13. Ripa Ciaurriz C, Jimeno Badiola B, Ezenarro Villafruela I et al. Protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a gastrostomía radiológica percutánea para alimentación con nutrición enteral. Hospital Universitario Donostia. 2014.
14. Friginal-Ruiz AB et al. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enferm. Clin.* 2011. Consultado el 30/08/18. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/251660538_Gastrostomia
15. Prado Rodríguez-Barbero, M. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. *Metas de Enfermería*, octubre 2009; 12(8): 50-53

Bibliografía consultadas

- Rubio Valverde A, Gómez García F, Margaix Margaix L. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Enfermería integral*. Junio 07 (33-35).
- Oto I, Staff V, Sanz M, Montiel M. *Enfermería médico-quirúrgica: necesidad de nutrición y eliminación*. Barcelona: Masson; 2003.P.12-23, 62-67.
- Yriberry S, Monge V, Salazar C, Fernando et al. Gastrostomía endoscópica percutánea: experiencia prospectiva de un centro privado nacional. *Rev. Gastroenterol.* 2004; 24(4):314-322.
- Sebastián J J. Gastrostomía Endoscópica Percutánea. *Hospital Practice* 2002; 1(2):45-53.
- Gomes Jr C, Lustosa S, Matos D, Andriolo R, Waisberg D, Waisberg J. Gastrostomía endoscópica percutánea versus alimentación con sonda nasogástrica para adultos con trastornos de deglución (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 11. Art.

No.: CD008096. Consultado el 20/01/2018. Disponible en:
<https://www.cochrane.org/es/CD008096/gastrostomia-endoscopica>

- Manual de nutrición enteral en atención primaria. Consultado el 23/01/2019. Disponible en: http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/manuales/senpe_manual_ne_attprimaria.pdf

- De Miguel C, Macé I. Nutrición enteral: vías de acceso, métodos y pautas de administración. Consultado el 23/01/2019. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1732/25/00250029_LR.pdf

- Fernández Ruiz MV, Flórez Almonacid CI, Jiménez Julián A et al. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Alimentación por sonda nasogástrica y de gastrostomía. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010



ANEXOS

Anexo 1: Complicaciones de la PEG

PROBLEMA	CAUSA	ACTUACIÓN
Hemorragia en zona de punción	Lesión de vaso circundante	Compresión produciendo hemostasia. Si no cesa, derivar al médico
Broncoaspiración	Aspiración del contenido gástrico por reflujo	Evitar mediante tratamiento postural. Aplicar la técnica de alimentación correctamente. Cuando ocurra, suspender la alimentación, practicar fisioterapia respiratoria. Comunicarlo al médico.
Irritación periestoma	Exceso de presión sobre el estoma	Regular la distancia entre el soporte externo y el estoma
	Contaminación en la zona del estoma	Limpiar el estoma siguiendo las normas indicadas. Cambiar el apósito diariamente
	Salida de líquido gástrico por pérdida de estanquidad del estoma	En caso de quemadura química en la piel por pérdida de contenido gástrico, tratarla con cremas protectoras o apósitos específicos
Infección periestoma	Contaminación en la zona del estoma	Toma de cultivo Avisar al médico por si es necesaria una pauta de antibiótico. Si no cede, remitir al servicio de referencia
Obstrucción de la sonda	Productos o medicamentos secos en el interior de la sonda	Pasar 50ml de agua templada por la sonda con una jeringuilla. Si no es suficiente, remitir al servicio de referencia.
Riesgo de salida de la sonda	Deterioro cognitivo	Proteger con un apósito colocado sobre la PEG
Salida de la sonda	Causa accidental o voluntaria	Colocar una sonda Foley (del calibre lo más aproximado al de la sonda PEG) inflando el balón de manera temporal y

		remitir al servicio de referencia. La colocación de la sonda temporal deberá hacerse lo antes posible, nunca superando las 6 horas desde su salida, para evitar el cierre del estoma.
No gira completamente la sonda	Fijación de la sonda	Girar y empujar la sonda hacia dentro con suavidad. Si no gira, remitir al servicio de referencia.
Granulomas peiestomales	Proliferación de la granulación del estoma	Llevar a cabo la resección y cauterización del tejido (nitrato de plata tópico)
Náuseas y/o vómitos	Osmolaridad elevada Administración excesivamente rápida	Utilizar fórmula con osmolaridad adecuada Administrar a temperatura ambiente.
Estreñimiento	Escasa administración de líquidos. Insuficiente ingesta de fibra	Administrar líquidos en cantidades adecuadas. Aumentar la cantidad de fibra en la dieta

Anexo 2: Listado de comprobación de los cuidados de la PEG

HOSPITAL			
	SI	NON	NO APLICA
El paciente es portador de la pulsera de identificación.			
Se respeta la intimidad del paciente.			
El paciente y sus acompañantes fueron informados de la realización del procedimiento.			
Los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento se identificaron.			
Se comprobaron las alergias del paciente.			
Todos los profesionales que van a intervenir en el procedimiento realizaron la higiene de manos y pusieron guantes no estériles.			
En la HC del paciente está registrada la fecha de colocación de la PEG.			
En la HC del paciente se registraron los cuidados del estoma.			
La HC del paciente se registró el estado de la piel alrededor de la incisión.			
En la HC del paciente se registró el estado de la sonda.			
En la HC del paciente se registraron las complicaciones de la sonda, si se presentaron.			



Xacobeo 2021 **ꞑꞑꞑꞑꞑꞑ**

Servicio Gallego de Salud	
Asistencia Sanitaria Procedimiento	91 D

FEMORA