

	Procedura Direzione Strategica Impianto e gestione della Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)	PAZ 41 Rev. 0 del 14/10/2014 Pagina 1 di 14
---	--	--

Stato delle revisioni					
Indice rev.	Data	Par. n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione
0	14/10/14	tutti	tutte	Prima emissione	Dott.ssa Paganin S. Dott.ssa Bodrato C. C.I. Cognari M. C.I. Dematteis S. Inf. Gemelli R. Inf Forestiero Z.

1. Oggetto e scopo

La procedura descrive le attività correlate alla scelta, al posizionamento e alla successiva gestione dei dispositivi per la nutrizione enterale.

Lo scopo della procedura è quello di assicurare che le attività relative all'inserimento e alla gestione dei dispositivi di nutrizione enterale vengano svolte, compatibilmente con le competenze delle professionalità coinvolte, rispettando i principi delle attività tecniche e assistenziali e permettendo agli operatori di agire in sicurezza. Tale documento consente quindi di:

- orientare la scelta del dispositivo, secondo indicazioni cliniche ben definite
- rendere uniformi le modalità e le tecniche di gestione dei vari dispositivi, differenziandole a seconda del dispositivo impiantato
- prevenire le complicanze relative all'inserzione e alla gestione dei dispositivi
- fornire informazioni pratiche sull'organizzazione dei servizi di riferimento per i portatori dei vari presidi di nutrizione enterale

2. Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutti i pazienti che accedono alle strutture aziendali e che necessitano di un impianto per la nutrizione enterale, sulla base di criteri selezionati dal medico proponente la procedura.

File	PAZ 41 Impianto e gestione PEG	Redazione	Dott.ssa Paganin S. Dott.ssa Bodrato C. C.I. Cognari M. C.I. Dematteis S Inf. Gemelli R. Inf Forestiero Z.
Data applicazione	24/10/2014	Verifica	Dip. GRCQSP dott. Berti
Copia	Controllata	Approvazione	Direttore Sanitario dott. Veglio

3. Responsabilità

Funzione	Processo		Sistema di Gestione per la Qualità				
	Decide	Opera	Elabora	Verifica	Approva	Verifica attuazione	Formazione Consulenza
Direzione generale					○		
Medici di MMG	○	○					
Medici ospedalieri	○	○					
Medico nutrizionista	○	○					
Medici gastroenterologi/chirurghi radiologi	○	○	○			○	○
Infermieri gastroenterologia/chirurgia e radiologia	○	○	○			○	○
Infermieri ospedale/territorio		○					

4. Documenti di riferimento

Gastroenterology 2011; 141: 742 – 765

“Multidisciplinary Practical Guidelines for Gastrointestinal Access for Enteral Nutrition and Decompression From the Society of Interventional Radiology and American Gastroenterological Association (AGA) Institute, With Endorsement by Canadian Interventional Radiological Association (CIRA) and Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE)”

Linee guida SINPE 2002.

5. Contenuto

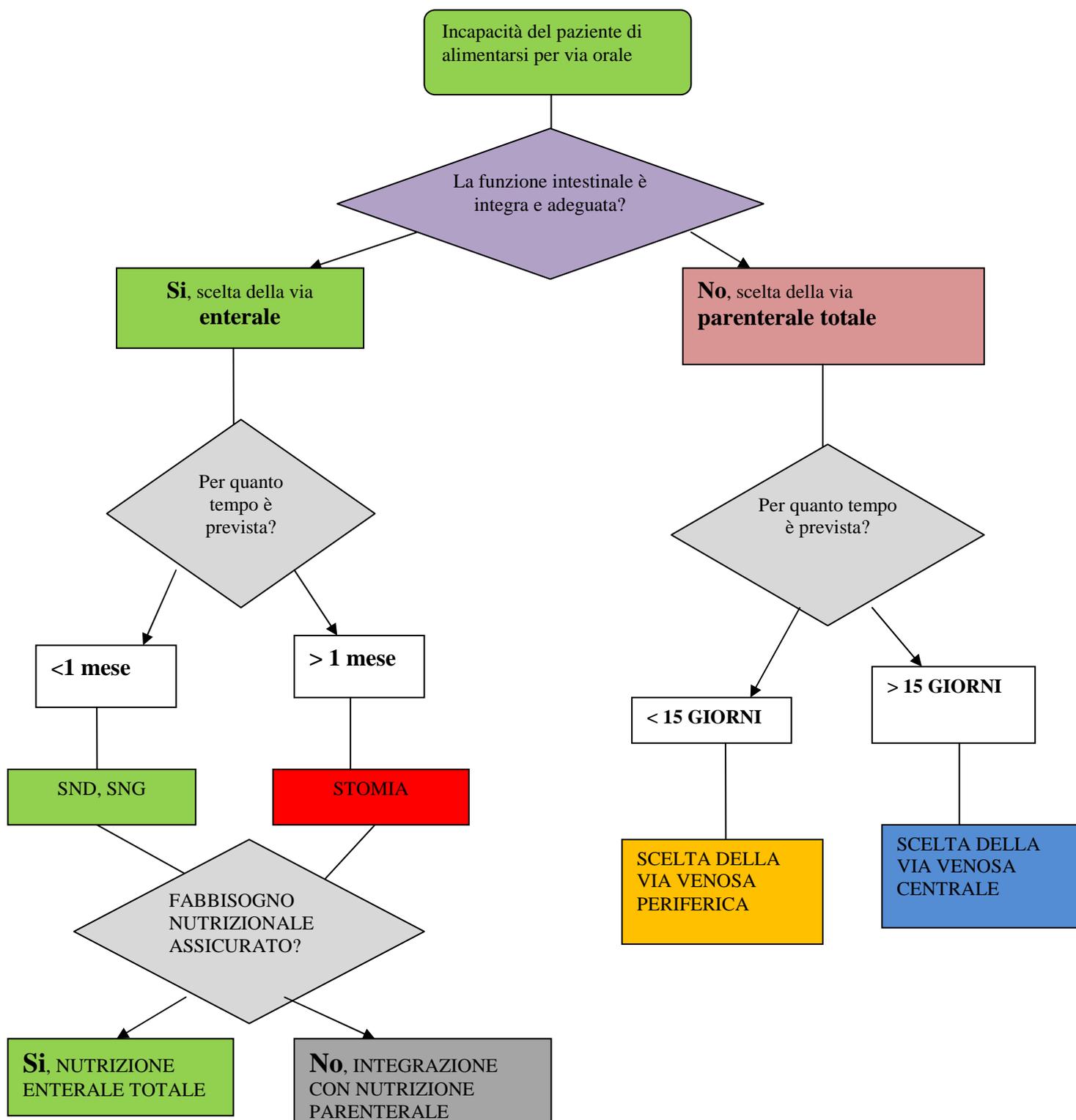
5.1 Premessa

Alcune malattie (neurologiche, infettive, tumorali) possono determinare un' incapacità temporanea o definitiva ad alimentarsi per via orale. In queste situazioni è necessario assicurare una corretta nutrizione che può avvenire:

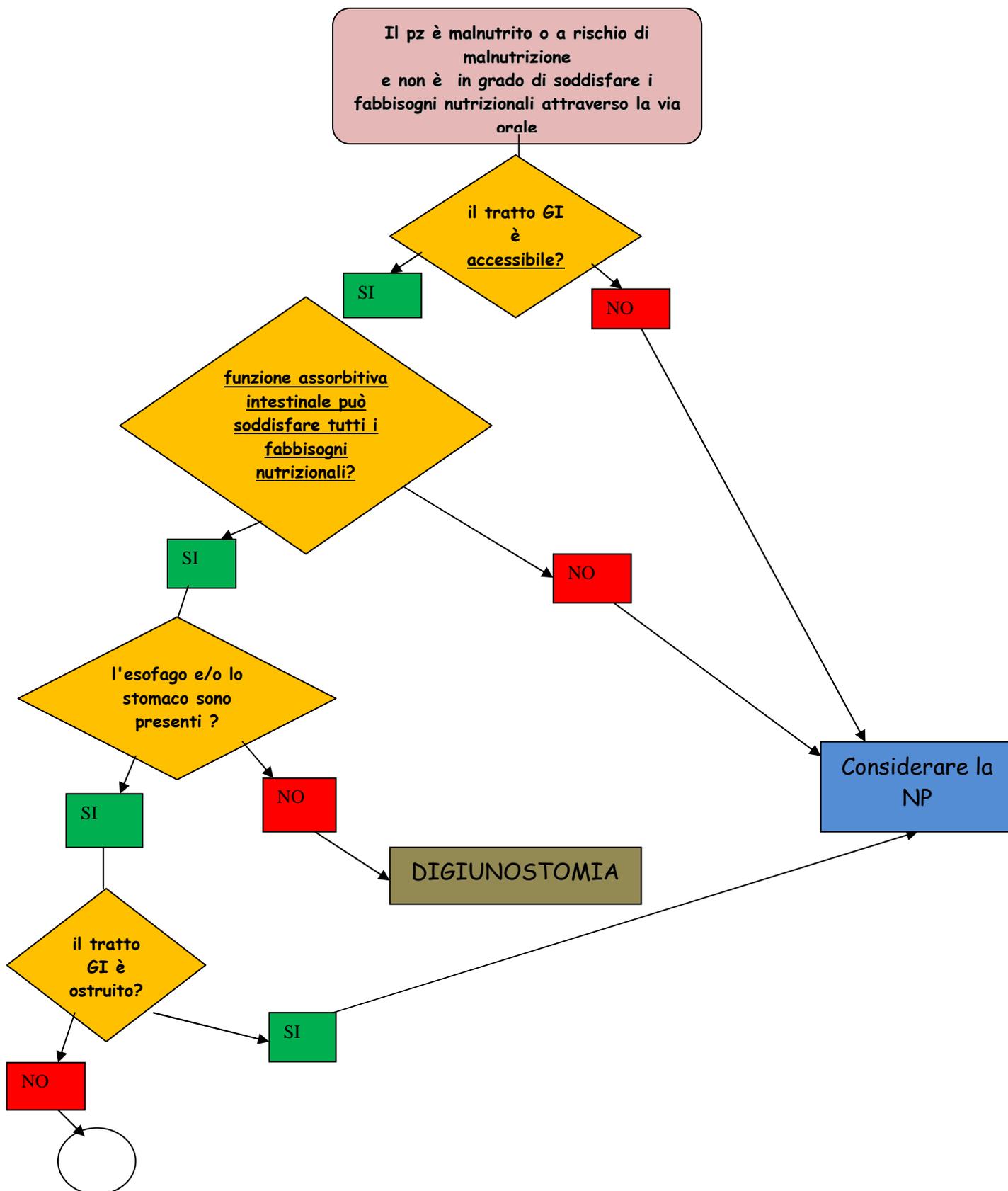
- per via parenterale
- attraverso sondino naso-gastrico (SNG) o naso-digiunale(SND)
- attraverso gastrostomia endoscopica percutanea (PEG)
- attraverso digiunostomia o gastrostomia radiologica (RIG) o chirurgica

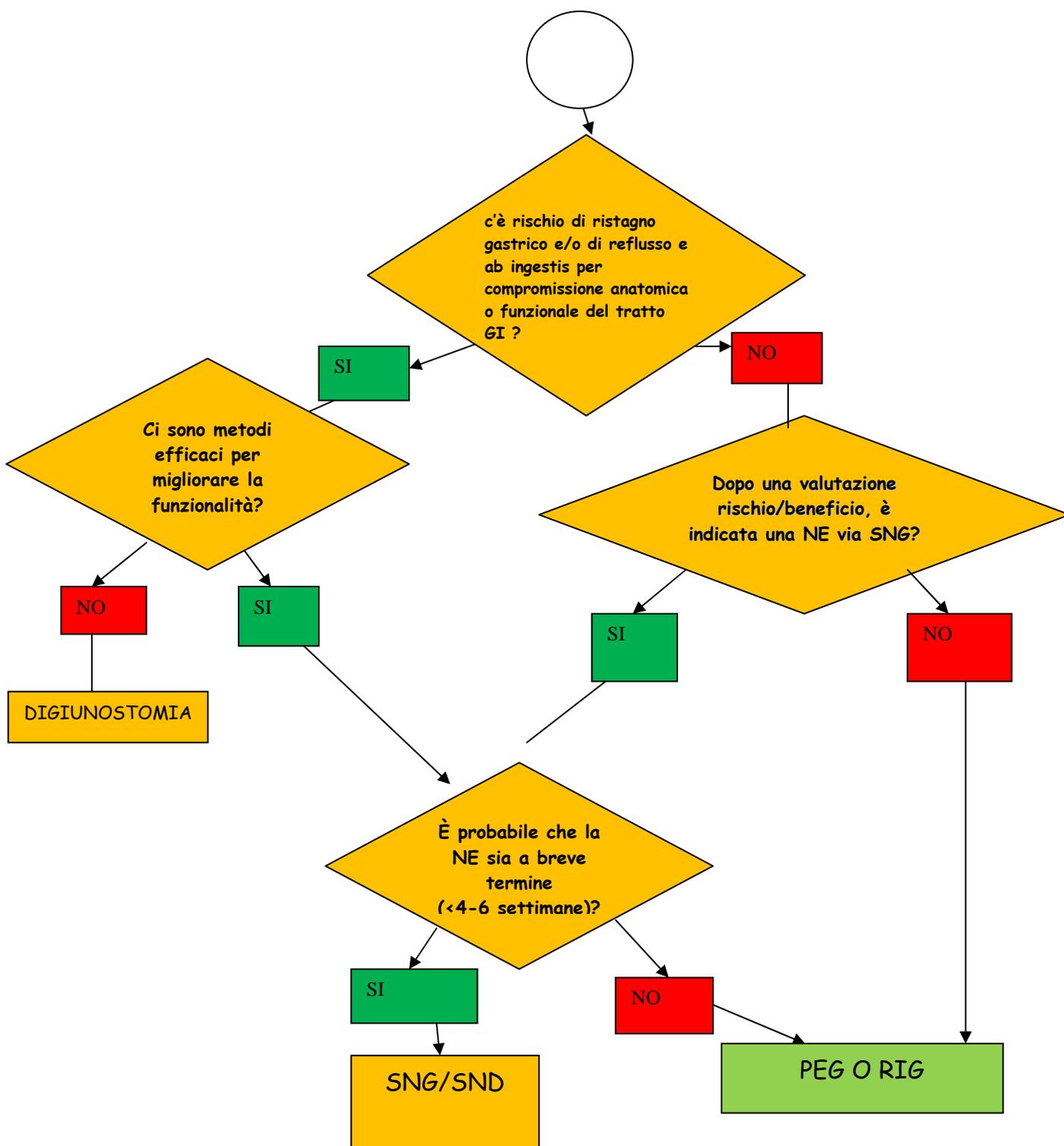
E' ormai accertato che nell'alimentazione di lunga durata (maggiore di 4 settimane), quindi soprattutto domiciliare, si deve prediligere la Nutrizione Enterale (NE), attraverso stomia, al sondino naso-gastrico o naso-digiunale o alla via venosa. Questo comporta minori costi, una più facile gestione del sistema, una migliore qualità di vita, un'alimentazione più fisiologica.(schema 1)

(schema 1) (Linee guida SINPE 2002)



5.2 Scelta dei presidi per NE





Schema 2: Scelta dei presidi per NE



Procedura
Direzione Strategica

**Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)**

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 6 di 14

5.3 VALUTAZIONE PRELIMINARE

PEG	RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ consulenza dietologica e gastroenterologica per valutazione indicazioni alla N.E. e scelta della via di nutrizione enterale (indicata RIG se inadeguata trans illuminazione durante EGDS o EGDS impossibile) ➤ se indicata, valutazione ORL per verificare l'effettiva inefficacia degli atti deglutitori del paziente 		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Invio richiesta per posizionamento PEG in Endoscopia Digestiva ➤ Raccolta di valido consenso informato (a cura del medico del reparto di competenza) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Invio di richiesta di consulenza Radiologica ➤ Raccolta di valido consenso informato (a cura del medico del reparto di competenza) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visita chirurgica e studio del paziente presso Day Service Chirurgia ➤ Raccolta di valido consenso informato (compito del chirurgo generale)

5.4 CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

PEG	RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mancata transilluminazione ➤ Ostruzione faringea/esofagea ➤ Peritonite ➤ Coagulopatie ➤ INR >1,5 PLT < 50000 mmc ➤ Ischemia intestinale ➤ Ostruzione tratto gastroenterico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interposizione colica ➤ Gastrectomia ➤ Varici gastriche 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ostruzione intestinale ➤ Peritonite ➤ Ischemia intestinale



Procedura
Direzione Strategica

Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 7 di 14

5.5 GESTIONE DELLA TERAPIA ANTIAGGREGANTE/ANTICOAGULANTE PEG/RIG

I pazienti candidati alla procedura devono essere classificati, se assumono terapia antiaggregante/anticoagulante, in “basso o alto rischio”, in caso di sospensione della terapia:

1) PAZIENTI A BASSO RISCHIO:

- se assumono TAO sospendere la terapia 5 giorni prima della procedura, controllare INR il giorno della procedura (deve essere <1.5), riprendere TAO la sera;
- se assumono clopidogrel, sospendere la terapia 7 giorni prima della procedura, riprendere clopidogrel il giorno successivo. Non indicata sospensione di ASA.

2) PAZIENTI AD ALTO RISCHIO:

- se assumono TAO sospendere la terapia 5 giorni prima della procedura, somministrare EBPM (non eseguire la somministrazione solo la mattina dell'esame) controllare INR il giorno della procedura (deve essere <1.5), riprendere TAO la sera;
- se assumono clopidogrel e non è possibile la sospensione per elevato rischio, è necessario procrastinare il confezionamento della PEG.

5.6 RICOVERO DEL PAZIENTE

PEG E RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none">➤ Se il paziente è <u>già ricoverato</u>, viene gestito dal reparto di appartenenza, accedendo alla sala di endoscopia/radiologia interventistica solo per l'intervento di posizionamento della PEG/RIG➤ Se il paziente candidato al posizionamento della PEG/RIG è una <u>persona anziana e non è ricoverato</u>, è il MMG che richiede una valutazione multidisciplinare al DH di Geriatria, che, in caso di parere favorevole all'intervento, programma il ricovero nella SC di Geriatria.➤ In caso di <u>paziente non anziano non ricoverato</u>, è lo specialista di riferimento per la patologia di base che programma la valutazione ed il ricovero nella propria struttura per il posizionamento della PEG/RIG.	<ul style="list-style-type: none">➤ Il paziente viene ricoverato nel reparto di Chirurgia Generale; se è ricoverato presso altra SC (ad esempio Oncologia), viene trasferito in Chirurgia Generale dal giorno precedente l'intervento chirurgico e per i primi giorni post-posizionamento di stomia.



Procedura
Direzione Strategica

Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 8 di 14

5.7 PRIMA DELLA PROCEDURA DI POSIZIONAMENTO DISPOSITIVO DI N.E.

PEG E RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eseguire Emocromo e INR-PT-APTT il giorno precedente ➤ La mattina dell'intervento effettuare terapia antibiotica di profilassi su prescrizione medica (generalmente cefalosporine) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il paziente deve essere in possesso di Emocromo e INR-PT-APTT, Chimica Clinica, ECG, Rx Torace e Visita Anestesiologica. Ulteriori accertamenti diagnostici sono richiesti dal chirurgo a completamento (EGDS, Rx Transito, TC ADDOME). ➤ La mattina dell'intervento effettuare terapia antibiotica di profilassi su prescrizione medica

5.8 INTERVENTI INFERMIERISTICI DA ATTUARE PRIMA DEL POSIZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI

PEG	RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Far mantenere al paziente il digiuno da almeno 12 ore (se il malato ha in corso la nutrizione tramite SNG questa deve essere sospesa) ➤ Eseguire un'accurata igiene del cavo orale con collutorio ➤ Rimuovere eventuali protesi dentarie ➤ Eseguire ampia tricotomia del torace e dell'addome ➤ Effettuare doccia di pulizia (vedi protocollo operando) ➤ Far indossare camice per sala operatoria ➤ Posizionare accesso venoso periferico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenere il paziente a digiuno da almeno 12 ore (se il malato ha in corso la nutrizione tramite SNG questa deve essere sospesa) ➤ Rimuovere eventuali protesi dentarie ➤ Eseguire eventuale tricotomia sottodiaframmatica ➤ Effettuare doccia di pulizia (vedi protocollo operando) ➤ Far indossare camice per sala operatoria ➤ Posizionare accesso venoso periferico ➤ Se tecnicamente possibile posizionare SNG prima della procedura. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Far mantenere al paziente il digiuno da almeno 12 ore (se il malato ha in corso la nutrizione tramite SNG questa deve essere sospesa) ➤ Applicare check list pre-operatoria ➤ Eseguire tricotomia in base al tipo di intervento



Procedura
Direzione Strategica

**Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)**

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 9 di 14

5.9 DESCRIZIONE DEL POSIZIONAMENTO

PEG	RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<p>Si introduce il gastroscopio in stomaco e si sceglie la localizzazione più idonea per il posizionamento della PEG individuandola mediante la transilluminazione della parete addominale; sulla cute della parete addominale si inietta un anestetico locale per praticare una piccola incisione che viene eseguita generalmente al di sotto delle coste e leggermente sulla sinistra rispetto alla linea centrale dell'addome superiore, nel punto in cui si osserva la transilluminazione. Si procede quindi al posizionamento della PEG che viene fissata con l'apposito meccanismo (bumper). Dopo l'inserimento, la posizione della PEG stessa viene controllata per mezzo del gastroscopio. La procedura completa richiede circa 20 – 30 minuti.</p>	<p>Prima di iniziare il posizionamento della gastrostomia radiologica, si procede all' inserimento di un sondino nasogastrico per insufflare dell'aria all'interno della cavità gastrica in modo tale da poter visualizzare lo stomaco fluoroscopicamente e permettere un buon ancoraggio della parete gastrica alla parete addominale per la creazione della fistola. Una volta eseguita un'anestesia locale si introduce un ago con un "fastener" premontato, si rilascia il "fastener" e si sutura il filo all'esterno (si ripete l'operazione per 3 / 4 volte in modo da ancorare saldamente le due pareti - gastropessi). Si incide la cute e si introduce un ago cannula, successivamente si procede con la dilatazione (solitamente utilizzando dilatatori meccanici progressivi) L'ultimo dilatatore è di tipo "peelaway" ovvero permette di introdurre al suo interno la sonda da posizionare per poi essere "strappato" ai lati per la rimozione. La durata della procedura è di circa 30 minuti.</p>	<p>E' una procedura chirurgica che prevede l'introduzione di una sonda nutrizionale nella 1^a o 2^a ansa digiunale. Il tempo medio di durata dell'intervento chirurgico effettuato in anestesia generale è di circa 40-60 minuti. Può essere realizzato sia con tecnica laparoscopica che laparotomica.</p>



Procedura
Direzione Strategica

**Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)**

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 10 di 14

5.10 INTERVENTI INFERMIERISTICI NELLE ORE SUCCESSIVE

PEG E RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none">➤ Controllare che la medicazione sia in ordine (asciutta e pulita)➤ Controllare la qualità del materiale organico contenuto nel sacchetto a caduta che deve restare collegato per 24 ore e presentare un ristagno < 200 ml/24 ore➤ Controllare l'addome, PAO, TC, dolore, eventuali sintomi riferiti dal paziente➤ Eseguire prelievo per emocromo dopo 6 ore circa dal posizionamento della PEG (solitamente nel primo pomeriggio)➤ Mantenere il paziente a digiuno per 24 ore, idratando e nutrendo il paziente per via venosa, su prescrizione medica (circa 1500 ml/die)➤ Controllare la pervietà della sonda, con lavaggi di 20 ml di acqua, ogni 4 – 6 ore nelle prime 24 ore➤ Allertare il medico in caso di contenuto ematico nel sacchetto, addome globoso, non trattabile, insorgenza di dolore, nausea, vomito, febbre, ecc....	<ul style="list-style-type: none">➤ Controllare che la medicazione sia in ordine (asciutta e pulita)➤ Controllare l'addome, PAO, TC, dolore, SpO2, FC e eventuali sintomi riferiti dal paziente➤ Mantenere il paziente a digiuno per 24 ore, idratando e nutrendo il paziente per via venosa, su prescrizione medica (circa 1500 ml/die)➤ <u>Per le prime 48 ore la sonda va mantenuta chiusa senza effettuare lavaggi</u>➤ Controllare che la sonda non trazioni e non ci siano inginocchiamenti della stessa➤ Allertare il medico in caso di insorgenza di dolore, febbre, ecc....
<ul style="list-style-type: none">➤ Richiedere consulenza del medico nutrizionista per il programma nutrizionale del paziente e per programmare gli interventi alla dimissione. Il medico nutrizionista, l'infermiera del servizio di dietologia (e in sua assenza la dietista) si occupano dell'attivazione del service. La dietista inoltre si occupa del training del paziente e/o del familiare di riferimento relativo alla gestione della NED (nutrizione enterale domiciliare)➤ Nel caso di paziente geriatrico, è il DH di Geriatria che si occupa direttamente dell'attivazione del service.	



Procedura
Direzione Strategica

Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 11 di 14

DOPO 24 ORE	DOPO 48 ORE
PEG E RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none">➤ Iniziare l'alimentazione per via enterale con miscele polimeriche (tipo Nutrison), secondo prescrizione medica, a 20 ml/ora➤ Integrare il volume di liquidi per via venosa o attraverso la PEG, tramite boli di acqua➤ Somministrare il nutriente mantenendo il paziente in posizione semiseduta inclinando il letto di 20 – 30 gradi; mantenere il paziente in tale posizione per circa un'ora dopo il termine della somministrazione nel caso non sia prevista in continuo➤ Somministrare la soluzione utilizzando una nutripompa➤ Lavare il catetere al termine dell'infusione con 50 ml di acqua➤ Lavare il circuito ogni 6 – 8 ore con 50 ml di acqua➤ <u>E' possibile somministrare farmaci orali</u>, previo sminuzzamento e lavaggio accurato della sonda dopo la somministrazione, <u>solamente se la sonda è di calibro > a 16 – 20 Fr.</u>➤ Attenzione al calibro delle sonde posizionate attraverso digiunostomia radiologica!	<ul style="list-style-type: none">➤ Iniziare con infusione di soluzione fisiologica a 20 ml/ora➤ Somministrare la soluzione utilizzando una nutripompa➤ Lavare il circuito ogni 8 ore con 20 ml di acqua➤ <u>E' possibile somministrare farmaci orali</u>, previo sminuzzamento e lavaggio accurato della sonda dopo la somministrazione, <u>solamente se la sonda è di calibro > a 16 – 20 Fr.</u> Attenzione al calibro delle sonde posizionate!

NEI GIORNI SUCCESSIVI

PEG E RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none">➤ Aumentare il volume dell'infusione di circa 250 ml di nutriente al giorno, incrementando la velocità di 10 ml/ora ogni giorno, in base alla tolleranza individuale del paziente, fino ad arrivare al volume desiderato➤ Medicare la PEG durante i primi 15 giorni quotidianamente e, successivamente, ogni due – tre giorni➤ Somministrare il nutriente mantenendo il paziente in posizione semiseduta inclinando il letto di 20 – 30 gradi; mantenere il paziente in tale posizione per circa un'ora dopo il termine della somministrazione➤ Lavare il catetere al termine dell'infusione con 50 ml di acqua➤ Lavare il circuito ogni 6 ore con 50 ml di acqua	<ul style="list-style-type: none">➤ Dopo 48 ore dal posizionamento si inizia la somministrazione di nutrizione enterale secondo indicazione chirurgica, incrementando la velocità di 10 ml/ora ogni giorno, in base alla tolleranza individuale del paziente, fino ad arrivare al volume desiderato➤ Medicare la digiunostomia durante il ricovero ospedaliero ogni 48 ore e successivamente alla dimissione ogni settimana➤ Somministrare il nutriente mantenendo il paziente in posizione semiseduta inclinando il letto di 20 – 30 gradi; mantenere il paziente in tale posizione per circa un'ora dopo il termine della somministrazione➤ Lavare il catetere al termine dell'infusione con 20 ml di acqua➤ Lavare il circuito ogni 8 ore con 20 ml di acqua



Procedura
Direzione Strategica

Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 12 di 14

5.11 MEDICAZIONE E CONTROLLI

PEG	RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimuovere la medicazione delicatamente con guanti monouso non sterili, facendo attenzione a non dislocare la PEG ➤ Effettuare la medicazione utilizzando la tecnica sterile ➤ Calzare guanti sterili ➤ Detergere la cute con soluzione di Betadine cambiando le garze più volte ➤ Detergere il catetere e il bumper esterno ➤ Controllare che il bumper sia posizionato al punto giusto (sul referto del posizionamento della PEG è indicata la distanza): il bumper non deve assolutamente essersi spostato ➤ <u>Non posizionare garze sotto il bumper</u> ➤ Coprire a piatto ➤ Fissare la medicazione con cerotto tipo Fixomull ➤ Trascorso un mese circa dal confezionamento della PEG, quando lo stoma è stabilizzato, è possibile detergere la cute peristoma con sapone neutro e acqua e lasciare la cute scoperta ➤ Controllare periodicamente che la sonda sia ruotabile di 360°, che sia consentita la manovra “dentro/fuori” e che il bumper esterno sia posizionato sempre alla stessa distanza, visibile dalla misura segnata sulla sonda 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimuovere la medicazione delicatamente con guanti monouso non sterili, facendo attenzione a non dislocare la PEG ➤ Effettuare la medicazione utilizzando la tecnica sterile ➤ Calzare guanti sterili ➤ Detergere la cute con soluzione di Betadine cambiando le garze più volte ➤ Detergere il catetere e il punto di emergenza ➤ Coprire a piatto ➤ Fissare la medicazione con cerotto tipo Fixomull ➤ Trascorso un mese circa dal confezionamento della RIG, quando lo stoma è stabilizzato, è possibile detergere la cute peristoma con sapone neutro e acqua e lasciare la cute scoperta 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimuovere la medicazione delicatamente con guanti monouso non sterili, facendo attenzione a non dislocare la stomia e il RING di ancoraggio se presente ➤ Effettuare la medicazione <u>settimanalmente</u> utilizzando la tecnica sterile ➤ Calzare guanti sterili ➤ Detergere la cute con soluzione di Betadine o Clorexidina 2% cambiando le garze più volte ➤ Detergere il catetere e il ring esterno anche aiutandosi con una pinza chirurgica sterile ➤ <u>Non posizionare garze sotto il ring</u> ➤ Coprire a piatto ➤ Fissare la medicazione con cerotto tipo Fixomull <p>N.B. <u>Durante la medicazione contro sempre che i fili di sutura non abbiano provocato decubitati della cute e siano ben ancorati al ring.</u></p> <p>COMPLICANZE DELLA DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Infettive: infezione della stomia, ascessi di parete o intra-addominali ➤ Meccaniche: dislocazione della sonda, kinking della sonda, fuoriuscita di liquidi digestive dal punto di inserzione ➤ Ematomi sulla parete digiunale, sanguinamento
<p>N.B. Se durante la medicazione si nota un arrossamento della cute nel punto di inserzione del catetere o fuoriuscita di materiale purulento o di nutriente, avvisare il medico curante.</p>		



Procedura
Direzione Strategica

Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 13 di 14

5.13 SOSTITUZIONE DEI DISPOSITIVI

PEG E SONDE DI SOSTITUZIONE	RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<p>Dopo 12 mesi (o prima ,se la sonda è usurata o danneggiata) il paziente portatore di PEG deve recarsi nuovamente presso il servizio di Endoscopia Digestiva, previ accordi e con impegnativa del MMG, per rimpiazzarla con Sonda di Sostituzione.</p> <p>La sonda di sostituzione viene cambiata trimestralmente con impegnativa del MMG; è necessario un accordo preliminare con il servizio di Endoscopia Digestiva.</p> <p>Il cambio della sonda di sostituzione in casi particolari può essere effettuato a domicilio o nella struttura ove il paziente è ricoverato, su richiesta del medico curante, previ accordi con il servizio di Endoscopia Digestiva; al momento, tale modalità è possibile solo per il distretto di Aosta e immediati dintorni.</p>	<p>Se si riscontrano problemi di malfunzionamento o dislocazione si contatta il Servizio di Radiologia Interventistica per programmare un controllo con eventuale sostituzione.</p>	<p>Dopo 4-6 mesi circa il paziente portatore di digiunostomia deve contattare il servizio di Day Hospital Chirurgico, previ accordi e con impegnativa del MMG, per la sostituzione della sonda che sarà comunque effettuata presso la SC di Chirurgia Generale.</p>

5.14 RIMOZIONE DEL DISPOSITIVO

PEG	RIG	DIGIUNOSTOMIA CHIRURGICA
<p>Eseguire valutazione dietologica preliminare per valutare l'adeguato apporto calorico per via orale.</p>		
<p>La rimozione definitiva deve avvenire recandosi presso il servizio di Endoscopia Digestiva.</p>	<p>La rimozione definitiva deve avvenire recandosi presso il servizio di Radiologia Interventistica.</p>	<p>La rimozione definitiva deve avvenire recandosi presso la struttura di Chirurgia Generale.</p>



Procedura
Direzione Strategica

Impianto e gestione della
Gastrostomia Endoscopica Percutanea
(PEG)

PAZ 41

Rev. 0 del 14/10/2014

Pagina 14 di 14

Appendice 1

PROBLEMI CHE POSSONO INSORGERE PER I PAZIENTI CON NUTRIZIONE ENTERALE TRAMITE PEG E MODALITA' DI RISOLUZIONE

PROBLEMA	SOLUZIONE
IMPEDIMENTO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL NUTRIENTE	verificare 1. l'apertura del morsetto 2. il funzionamento della pompa 3. che il deflussore non sia angolato 4. che il deflussore sia posizionato correttamente nella pompa 5. la programmazione della pompa
OSTRUZIONE DELLA SONDA	tentare la disostruzione con acqua o meccanicamente in caso di grumi visibili, premendo esternamente la sonda. se insuccesso, contattare il medico curante.
DISLOCAMENTO DELLA SONDA	sospendere la somministrazione e contattare il medico curante. nell'attesa posizionare catetere vescicale attraverso la stomia per mantenerla pervia.
SEDE INSERIZIONE SONDA ARROSSATA	medicazione quotidiana secondo protocollo. se tale problema non si risolve in due giorni, contattare il medico curante.
ALTERAZIONI DEL COLORE E DELLA CONSISTENZA DELLA SONDA	programmare la sostituzione
FISSITA' DELLA SONDA	contattare il medico curante
PERDITA DI NUTRIENTE DALLA SEDE DI INSERIZIONE DELLA PEG	contattare il medico curante.
FUORIUSCITA DI MATERIALE PURULENTO DAL PUNTO DI INSERIZIONE DELLA PEG	contattare il medico curante.
MALFUNZIONAMENTO DELLA POMPA	paziente ricoverato: contattare servizio di ingegneria clinica. paziente in n.e.d.: contattare ditta service.
SENSO DI PIENEZZA, TOSSE, DIFFICOLTA' A RESPIRARE, DIARREA, NAUSEA, VOMITO, STIPSI	sospendere la somministrazione e contattare il medico curante.