

Complicanze più frequenti

Dopo i problemi connessi all'intervento di confezionamento, le complicanze che si possono più comunemente osservare durante l'impiego della PEG sono:

1. reflusso gastro-esofageo con inalazione degli alimenti.

E' questo un evento molto grave perché predispone ad insufficienza respiratoria e polmonite "ab ingestis". Come già raccomandato, bisogna osservare attentamente il paziente e avvisare immediatamente il medico in caso di tosse, difficoltà respiratoria e cianosi.

2. gonfiore addominale e diarrea.

Possono dipendere sia dalla composizione dei nutrienti utilizzati sia dalla velocità di infusione, che vanno adattati al singolo paziente.

3. arrossamento della stomia.

Va dal semplice eritema cutaneo fino all'ascesso ed alla fascite necrotizzante. Può essere dovuto ad infezioni (spesso fungine), a perdita di succo gastrico o ad allergie ai saponi o medicinali locali utilizzati. Verificare sempre la mobilità della sonda. E' importante mantenere pulita e asciutta la regione della stomia. Sono utili spray e pomate che proteggono la cute. Si possono poi utilizzare, su prescrizione medica, prodotti locali antimicotici o, se necessario, antibiotici per vie sistemiche.

4. allargamento della stomia.

Bisogna valutare l'entità della "fuoriuscita" di liquidi. Si consiglia la sostituzione frequente della medicazione per mantenere l'area più asciutta possibile e l'eventuale trattamento di infezioni sottostanti. Se il problema persiste è necessario consultare lo specialista per la sostituzione della sonda o per altri provvedimenti.

Problemi connessi alla sonda

1. **ostruzione della sonda.** Utile come detto la prevenzione con il lavaggio prima e dopo i pasti. In caso di ostruzione si può tentare di risolvere il problema con acqua gassata o acqua con bicarbonato o 30 ml di coca-cola. Si può utilizzare un apposito spazzolino (con prudenza). Se l'ostruzione persiste, bisogna avvisare lo specialista.

2. **deterioramento del materiale della sonda.** Dopo 8-12 mesi le sonde in silicone (materiale più utilizzato) tendono a deteriorarsi. Se si osserva opacizzazione e indurimento è bene consultare il medico per la sostituzione. Nel caso si verifichi una rottura del sistema di chiusura della sonda, è possibile in genere sostituire solo il tappo.

3. **rimozione accidentale della sonda.** Come già sottolineato, bisogna cercare di evitare la rimozione accidentale della sonda nei primi 20-30 giorni per evitare potenziali gravi complicanze. Successivamente tale evento non ha gravi conseguenze. E' però importante sapere che la fistola tende a chiudersi con sorprendente velocità. Pertanto è fondamentale mantenerne la pervietà inserendovi un catetere vescivale (ideale perché atraumatico, sterile e con palloncino di ritenzione) fino a che non si possa riposizionare una nuova sonda gastrostomica.

RECAPITO TELEFONICO DEL SERVIZIO A CUI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE, MALFUNZIONAMENTO, RIMOZIONE DELLA PEG:

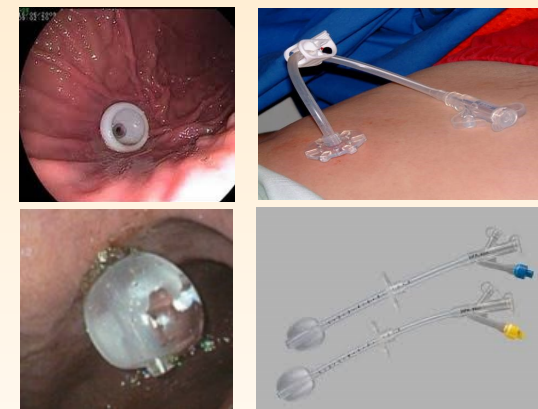
**CENTRALE OPERATIVA
ASSISTENZA A DOMICILIO INTEGRATA
NUMERO VERDE: 800239797**

Opuscolo realizzato da:
Dott.ssa M. Franceschi, Inf. Coord. D. Sella
Approvazione: Dott. G. Baldassarre
Agosto 2015

Ospedale Unico Alto Vicentino Unità Operativa Dipartimentale

Responsabile: Dott. G. Baldassarre

ASSISTENZA AL PAZIENTE CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA



SEGRETERIA del POLO ENDOSCOPICO

Tel. 0445 571224 Fax. 0445 571230

Ore 9 -17
dal lunedì al venerdì

www.aulss7.veneto.it
E-mail: endsosa@aulss47veneto.it

ASSISTENZA AL PAZIENTE CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Gestione della PEG dopo il confezionamento

Utilizzo del presidio dopo 24 ore con infusione di liquidi cominciando con piccoli volumi e copertura antibiotica a largo spettro (generalmente per i 2 giorni successivi all'intervento). Le prime 24-48 ore sono delicate per la possibile comparsa di complicanze: è importante osservare la presenza di febbre, dolore, vomito, indurimento della parete addominale.

La fistola che si è creata con l'intervento si stabilizza nel giro di 5-6 giorni e in 20-30 giorni è completamente conformata. Durante tale periodo è quindi importante porre attenzione a trazioni accidentali o manipolazioni inopportune.

Medicazione della stomia: una volta al giorno per la prima settimana ed a giorni alterni nella seconda settimana.

La medicazione si esegue come una ferita chirurgica con procedura asettica senza interporre garze tra la cute ed il dispositivo di ancoraggio esterno alla parete addominale. Nei primi 7 giorni la sede della stomia va pulita e disinfettata con prodotti privi di alcol per non danneggiare la sonda (da preferire acqua ossigenata, clorexidina o iodopovidone).

Gestione successiva della PEG

Dalla seconda settimana lavare con acqua e sapone, asciugare bene e lasciare scoperta la zona di inserzione. (medicazioni pesanti con garze e cerotti danno fastidio al paziente e favoriscono la macerazione dei tessuti).

È importante eseguire frequentemente 2 semplici controlli.

-Il primo è la "lettura" dei centimetri o delle tacche stampate sulla sonda per escludere che una porzione di essa sia "scivolata" dentro lo stomaco.

- Il secondo consiste nel controllo della mobilità della sonda (eseguendo piccoli movimenti dentro e fuori e rotatori di 360° in senso orario ed antiorario, facendo attenzione a non esercitare trazioni).

Qualora la sonda risulti "fissa" è bene consultare subito lo specialista per la possibilità che essa sia bloccata nella parete addominale. Nel caso di sonde con ancoraggio interno a palloncino è consigliabile verificare periodicamente (ogni 15-20 giorni) l'integrità del palloncino stesso aspirando (e poi reintroducendo) con siringa dall'apposita valvola il liquido in esso contenuto. Se il liquido non fuoriesce si deve pensare alla rottura del palloncino e quindi bisogna sostituire la sonda.

Assistenza al paziente durante l'alimentazione con PEG

1. preparazione degli alimenti.

È sempre necessario lavarsi accuratamente le mani prima di procedere alla preparazione degli alimenti. Si consiglia l'utilizzo di preparati presenti in commercio da infondere con l'ausilio di pompe o per caduta (minori effetti collaterali, maggiore igiene, composizione personalizzata, costi contenuti). Bisogna naturalmente attenersi alle modalità di conservazione e di preparazione dei vari prodotti.

2. posizione del paziente.

Durante la somministrazione degli alimenti e per almeno un'ora dal termine del pasto il paziente dovrebbe mantenere per quanto possibile una posizione semiseduta. Ciò diminuisce il rischio di pericolosi rigurgiti gastro-esofagei.

3. velocità di infusione.

Come detto, all'inizio la velocità di infusione deve essere bassa (40 ml/ora). Se non si osservano problemi si aumenta progressivamente fino a 100-140 ml/ora nel corso di 2-3 giorni. Successivamente la modalità di infusione (concentrata in tempi brevi o continua) dipende dalle caratteristiche del paziente e dalla eventuale comparsa di effetti indesiderati (diarrea, stipsi, gonfiore addominale, reflusso, ristagno gastrico ecc.).

4. osservazione del paziente.

Durante e dopo la somministrazione è bene controllare il paziente segnalando la comparsa di tosse, difficoltà respiratoria, cianosi (possibili segni di reflusso con aspirazione nelle vie aeree) e di vomito, diarrea o distensione addominale.

5. controllo ristagno gastrico.

Nel periodo che segue il confezionamento della PEG è importante verificare mediante siringa la quantità di ristagno gastrico prima di ogni pasto se la somministrazione è intermittente e ogni 3-5 ore se questa è continua. L'operazione è favorita dalla posizione del paziente sul fianco sinistro. Se il residuo gastrico è superiore a 150 ml è bene interrompere temporaneamente l'infusione. Se il problema è persistente bisogna avvisare il medico. Dopo la prima fase tali controlli si possono diradare /ed eseguirli soprattutto in caso di complicanze.

6. gestione della sonda.

Lavare la sonda prima e dopo ogni somministrazione usando acqua gasata appena tiepida (30-60 ml). Se la somministrazione è continua la sonda va lavata periodicamente ogni 3-4 ore. Nei periodi di non utilizzo chiudere la sonda con il tappo. Non usare pinze od altri mezzi meccanici.

7. somministrazione di farmaci.

I farmaci non devono essere mescolati con gli alimenti ma somministrati a parte. Sono preferibili i farmaci in forma liquida; altrimenti: polverizzare le compresse, somministrarle una alla volta con acqua, irrigare con 5 ml di acqua tra un farmaco e l'altro, quindi risciacquare la sonda.

Igiene personale

La pulizia giornaliera del cavo orale è importante perché con la PEG viene a mancare la pulizia meccanica naturale ottenuta con la masticazione. Inoltre le labbra devono essere ammorbidite frequentemente con sostanze adatte (burro di cacao, olio di vaselina..). Il paziente può fare la doccia dopo 7-8 giorni dal confezionamento della PEG.

Durata della PEG

La durata media della sonda Peg è di circa 1 anno, ma può variare in base al materiale utilizzato (silicone 6 mesi, poliuretano 2 a.a, carbotano >3 a.a) ed alla manutenzione.

Gestione sonde sostitutive

Le SONDE SOSTITUTIVE ed i BOTTONI si differenziano dalla Peg in quanto: - più corte della sonda Peg, Il connettore ad y presenta due porte, al centro la porta di somministrazione, ai lati la porta del palloncino. Nell'estremità inferiore presenta il palloncino di ancoraggio interno alla parete dello stomaco che si gonfia con soluzione Fisiologica e non con aria. L'etichetta situata sulla porta del palloncino indica la capacità massima e non il volume consigliato. Se sulla porta del palloncino è indicato:

- ◆ 20 ml il palloncino sarà gonfiato con 15 ml di Sol. Fisiologica

Si posiziona il bumper esterno a 3 mm al di sopra del livello cutaneo