

SCRIVENDO

Buon Natale

3/2017

ASSOCIAZIONE



ScrivENDO 3/2017

Lettera Presidente ANOTE/ANIGEA	PAG. 4
Preparazione intestinale alla colonscopia: come, quando e perchè	PAG. 7
Assistenza infermieristica al paziente con emorragia del tratto digestivo superiore	PAG. 9
Realizzazione di un opuscolo pazienti adulti portatori di PEG	PAG. 10
Prossimi Appuntamenti	PAG. 16

Carissime/i

il 2017 volge ormai al termine e ci accingiamo ad iniziare un nuovo anno di lavoro ed impegni importanti per la nostra Associazione.

Al termine di ogni anno “guardiamo” indietro e valutiamo il nostro essere donne e uomini nel mondo in cambiamento.

Il 2017 è stato un anno importante per Anote/Anigea, è stato pubblicato il rapporto tecnico UNI sul reprocessing, documento fondamentale, una vera e propria pietra miliare su questo processo (in Italia e nel mondo è il primo documento di questo tipo).

Oltre a questo i vari tavoli aperti: competenze, IPASVI, formazione avanzata, rapporto con ESGENA, formazione continua, revisione dello statuto...

Il riconoscimento a società scientifica con la nuova normativa (avremo conferma il 8 marzo ma siamo molto speranzosi), è stata la ciliegina sulla torta di un 2017, che senza ombra di dubbio, è stato ricco per Anote/Anigea.

Un grazie a tutti per i fantastici risultati raggiunti che ci ha permesso di crescere come associazione e come professionisti della sanità.

Il 2018 che verrà ci permetterà di crescere ancora mettendo a frutto quello che di buono è stato seminato.

Stiamo organizzando diversi eventi per gli associati per crescere ancora insieme e per dare un contributo importante nella sanità in cambiamento.

Dal 25 al 27 maggio avremo il Congresso Nazionale a Montesilvano, che cercheremo di renderlo dinamico ed innovativo delineando il quadro della situazione dell'infermieristica e di Anote/Anigea:

vi aspettiamo numerosi!

Un augurio sincero a Voi e alle Vostre famiglie di Buon Natale e di un fruttuoso 2018.

Presidente Nazionale

ANOTE/ANIGEA

Cinzia Rivara

*“Non ho che auguri da regalare:
di auguri ne ho tanti
prendete quelli che volete,
prendeteli tutti quanti”.*
(Gianni Rodari)



Aspettiamo con grande interesse i vostri articoli sugli studi, l'organizzazione e
condivisione delle vostre esperienze lavorative!

Potrete inviare alla rivista i vostri lavori all'indirizzo mail

tts@anoteanigea.it

e per qualsiasi comunicazione potrete scrivere all'indirizzo mail

info@anoteanigea.it

Visitate il nostro sito per rimanere sempre aggiornati!

www.anoteanigea.it



Vi aspettiamo,

T.T.S.

Tavolo Tecnico Scientifico Anote Anigea

PREPARAZIONE INTESTINALE ALLA COLONSCOPIA: COME, QUANDO E PERCHÉ

Franco Prandi
Infermiere Endoscopia
Ospedale Valduce
Como

PREPARAZIONE INTESTINALE PER LA COLONSCOPIA: UN PROBLEMA NELLA PRATICA CLINICA

Uno degli aspetti critici legati allo svolgimento della colonscopia è la scadente pulizia intestinale. Questa spesso è dovuta ad una non corretta aderenza alle istruzioni della preparazione o un "timing" non corretto nell'assunzione del preparato. Una scorretta preparazione intestinale ha delle conseguenze negative sull'efficacia e il risultato dell'esame, poiché riduce la percentuale di intubazione ciecale e aumenta il rischio di non diagnosticare lesioni. Si stima che circa il 25% delle procedure incomplete sia dovuto ad una preparazione inadeguata (Lee TJ et al. Gut 2012;61: 1050-7) e che "circa il 25% degli adenomi avanzati (>10mm) non vengono individuati in pazienti con pulizia intestinale subottimale" (Lebwohl B, Gastrointest Endosc 2011; 73: 1207-11).

La scadente preparazione intestinale ha impatti anche sull'efficienza della colonscopia, in relazione alla necessità di riprogrammare nuovamente gli esami, all'allungamento dei tempi della procedura stessa e alla necessità di anticipare gli intervalli di sorveglianza. Tutto ciò implica l'aumento dei costi dei programmi di screening stimato di circa il 10-25% (Rex DK, Am J Gastroenterol 2002; 97: 1696-70).

Nella pratica clinica circa il "20-25% delle colonscopie presentano una preparazione inadeguata" (Radaelli F, Am J Gastroenterol 2008; 103: 1122-30).

REGIME "SPLIT-DOSE"

Il timing della preparazione, in rapporto all'esecuzione della colonscopia, risulta essere molto importante. In accordo con le più recenti linee guida (Hassan C, Clin Gastroenterol Hepatol 2012) per ottenere una pulizia adeguata, l'esame dovrebbe essere eseguito entro le 3 ore dalla fine della preparazione, o con un intervallo massimo di tempo di 4-6 ore. Pertanto i pazienti di colonscopia, con appuntamento in mattinata, è

opportuno che assumano parte della preparazione il giorno stesso. Per i pazienti programmati nel gruppo del pomeriggio, l'alternativa è l'assunzione dell'intero preparato la mattina stessa dell'esame (regime monodose "same-day"). La "split-dose" consiste nel dividere la somministrazione della preparazione in 2 momenti differenti. Il primo la sera antecedente l'esecuzione dell'esame, il secondo durante le prime ore del mattino. Ad esempio, la prima dose di preparato alle 21.00 e la seconda 4 ore prima dell'orario di programmazione dell'esame. L'utilizzo di questa metodica ha come obiettivo quello di migliorare la qualità media della pulizia intestinale e di ridurre la percentuale di esami con preparazione inadeguata.

PERCHÉ È PIÙ EFFICACE?

I fattori che influenzano l'efficacia della preparazione intestinale sono molteplici, non strettamente correlati alla scelta del tipo di preparato. Sono di primaria importanza l'educazione e la motivazione del paziente, fattori questi che influenzano la compliance all'assunzione del preparato. Il fattore più importante trasversale ai precedenti è comunque il "timing" di somministrazione. La split dose è più efficace rispetto alla somministrazione in monodose nel giorno precedente all'esame poiché, avvicinando l'ultima somministrazione di farmaco all'esame endoscopico, garantisce una pulizia intestinale più accurata. Al contrario la somministrazione monodose assunta il giorno precedente l'esame (day-before) non assicura che il tratto ciecale e di colon ascendente rimangano adeguatamente puliti al fine di garantire lo svolgimento ottimale della colonscopia. Questo concetto è stato dimostrato da Siddiqui AA. Gastrointest Endosc 2009; 69: 700-6, indagando 378 pazienti, al quale ha somministrato diversi tipologie di lassativi in differenti orari. Nello studio è stata osservata una correlazione inversa tra il grado di pulizia intestinale e l'intervallo tra la fine della preparazione e l'inizio della colonscopia.

EVIDENZE DALLA LETTERATURA A FAVORE DELLA "SPLIT-DOSE"

In letteratura si trovano molti studi a favore della split dose rispetto al regime di somministrazione del preparato il giorno precedente. Nella meta-analisi di Martel M, Gastroenterology 2015, in cui stati presi in

considerazione 14 trial randomizzati controllati per un totale di 4477 pazienti, è stato dimostrato che la somministrazione in split dose è più efficace rispetto a qualsiasi altra modalità analizzata e risulta molto meglio tollerata dai pazienti.

L'importanza della split-dose è stata ulteriormente rafforzata dallo studio di Radaelli F, et al. Gut 2015; 0: 1-8 che ha dimostrato come un regime "split" possa aumentare la diagnosi di lesioni neoplastiche (adenoma detection rate, che rappresenta il parametro principale di qualità della colonscopia). In questo studio randomizzato controllato sono stati inclusi 690 pazienti afferenti alla colonscopia nel programma di screening organizzato per positività del sangue occulto fecale. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi, il primo preparato attraverso un regime "split" con una preparazione a basso volume a base di PEG, il secondo attraverso il medesimo preparato somministrato attraverso un regime "full", day-before. Lo studio ha dimostrato che nel braccio "split" è significativamente maggiore l'adenoma detection rate e la detection rate per le lesioni neoplastiche avanzate.

Riassumendo, sulle basi di forti evidenze le linee guida raccomandano:

- 1) l'uso della split-dose è fortemente raccomandato per le colonscopie in elezione.
- 2) la seconda somministrazione della preparazione split dovrebbe essere idealmente iniziata 4-6 ore prima dell'inizio della procedura, con completamento della stessa 2 ore prima della colonscopia.
- 3) il regime di "same day" rappresenta un'alternativa accettabile alla split-dose soprattutto per i pazienti che devono essere sottoposti a colonscopia nel tardo pomeriggio.

LIMITI DELL'IMPLEMENTAZIONE

Pur essendo stato ampiamente dimostrato che l'utilizzo della split dose è più efficace rispetto alla somministrazione in monodose, questa metodologia tutt'oggi si scontra ancora con diverse barriere che ne limitano il suo utilizzo nella pratica clinica quotidiana. Un recente studio prospettico multicentrico italiano ha indagato 18 centri endoscopici italiani per un totale di 2811 colonscopie, comprovando che il solo nel 12% dei casi è stata utilizzata la split-dose (Hassan C, Clin Gastroenterol Hepatol 2012).

Da una survey eseguita da Paggi S, Dig Liv 2016, la quale ha analizzato 284 centri endoscopici italiani, è emerso che il 41,5% di questi utilizza la metodologia di somministrazione split solo nel 10% degli esami; mentre il 10.6% dei centri non la utilizza affatto.

Un'ulteriore barriera è rappresentata dall'orario di inizio della procedura. Infatti è stato dimostrato che i pazienti con l'appuntamento per la colonscopia al pomeriggio sono più propensi ad accettare e seguire un regime di preparazione in split dose, mentre i pazienti che devono sostenere l'esame al mattino, soprattutto nelle prime ore, hanno una minore compliance nell'aderire a questo regime. Questo è principalmente dovuto al timore di doversi fermare durante il tragitto in ospedale per alterazioni dell'alvo e dell'insorgenza dell'incontinenza. In realtà l'incontinenza è un evento raro (circa il 3% dei pazienti) e non aumenta rispetto ai pazienti che seguono un regime "full" day before.

POSSIBILI SOLUZIONI

Esistono diversi metodi per poter favorire l'implementazione della split dose. Uno di questi consiste nella riprogrammazione delle liste d'attesa, anticipando nelle prime ore le EGDS e i degenti della struttura e posticipando le colonscopie negli orari che garantiscono una maggiore compliance da parte dei pazienti all'utilizzo della split dose. Un altro aspetto fondamentale è quello di offrire una giusta motivazione al paziente spiegandogli che è importante non solo la quantità di lassativo, ma anche la tempistica con il quale questo viene assunto. È importante anche rassicurare l'assistito che il rischio di incontinenza è raro più precisamente inferiore al 5% (Vanner e Hookey. Can J Gastroenterol 2011: 663-666). Un'altra possibile soluzione è l'utilizzo di un adeguato materiale educativo da poter lasciare al paziente. Questo deve essere il più possibile semplice e con chiara indicazione all'uso della split dose. Tutte queste possibili soluzioni potrebbero essere affiancate da un colloquio con lo specialista soprattutto per quei pazienti che hanno avuto un'inadeguata preparazione intestinale in passato.

Assistenza infermieristica al paziente con emorragia del tratto digestivo superiore

Martina Canata
infermiera
clinica Sedes Sapientiae

L'assistenza infermieristica nel servizio di Endoscopia Digestiva al paziente in stato di urgenza-emergenza con emorragia digestiva superiore è un aspetto molto delicato, fase in cui la persona assistita ha bisogno di trovare accanto a sé professionisti sanitari in grado di saper affrontare, gestire e trattare al meglio il suo stato di criticità, non solo fisico ma anche psicologico. Il Servizio di Endoscopia Digestiva è il luogo in cui l'Infermiere è divenuto a pieno titolo elemento dello staff insostituibile, autorevole e con un suo specifico ruolo nella presa in carico globale del paziente; è colui che pianifica l'assistenza infermieristica in un'area definita di elezione ed anche dell'emergenza-urgenza, valuta lo stato di criticità del paziente e stabilisce le priorità assistenziali collaborando con l'equipe multi professionale.

La gastroscopia è una procedura endoscopica che richiede un livello organizzativo elevato, con operatori sanitari addestrati, locali dedicati e specificatamente attrezzati. L'emorragia digestiva superiore è la più comune emergenza gastroenterologia che implica diverse competenze e necessita di un approccio clinico tempestivo e razionale. La gestione del paziente emorragico dovrebbe essere affidata a personale qualificato preferibilmente in un team specialistico multidisciplinare "Bleeding team" medico ed infermieristico specializzato basato sulla condivisione di protocolli, procedure e linee guida. L'infermiere deve preparare e controllare il funzionamento e il materiale utile e necessario per la gastroscopia, comunicare al paziente le manovre da svolgere se cosciente, posizionare in modo confortevole il paziente per svolgere l'esame, svolgere la terapia, collaborare con il medico rianimatore e con il medico endoscopista.

L'elaborato analizza gli aspetti assistenziali infermieristici presso l'endoscopia, individuando i diversi ruoli complementari dell'infermiere; da tale ricerca emerge l'importanza del lavoro d'equipe per permettere di erogare un'assistenza infermieristica e multidisciplinare il più olistica possibile e soprattutto

appropriata. L'assistenza infermieristica al paziente è una presa in carico cruciale per riuscire ad ottenere come traguardo il reinserimento ottimale nella vita quotidiana (lavorativa, di relazioni ed affettiva) per la persona assistita e i suoi familiari. L'assistenza infermieristica in sala endoscopica d'urgenza può essere un momento molto intenso ed importante data la complessità assistenziale ed emotiva della tipologia di pazienti. L'infermiere è colui che deve saper garantire la continuità assistenziale diagnosticando i bisogni del paziente, il monitoraggio dei parametri, le prescrizioni terapeutiche farmacologiche, l'assistenza pre / intra / post intervento endoscopico, la prevenzione e l'eventuale gestione di situazioni critiche. Inoltre bisogna sottolineare l'aspetto relazionale impegnativo dal punto di vista emotivo e coinvolgente dal punto di vista empatico ed emozionale. Tutti questi aspetti permettono di continuare ad alimentare la motivazione personale e d'equipe per migliorare sempre più la presa in carico del paziente. L'equipe infermieristica in collaborazione con le altre figure professionali cerca di "prendersi cura" e di "curare" nel miglior modo possibile i pazienti, impegnandosi sempre nella ricerca e nell'aggiornamento, come recita l'articolo 1 del Profilo Professionale 1994 "l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".



Realizzazione di un opuscolo per i pazienti adulti portatori di PEG

I miei colleghi e io lavoriamo presso l'ambulatorio di endoscopia digestiva dell'ASLCN1 nella sede di Mondovì.

Oltre ad esami strumentali come gastroscopie e colonscopie, posizioniamo circa una decina di PEG all'anno utilizzando la tecnica pull. I pazienti ai quali posizioniamo la PEG sono generalmente persone con disfagia secondaria a patologie acute o croniche neurologiche che poi generalmente vengono inviate in strutture protette, solo in alcuni casi il paziente è rientrato a domicilio.

Ai pazienti che afferiscono al nostro servizio per il confezionamento della PEG, vista la situazione di fragilità del paziente e l'importanza della completezza e della accuratezza delle informazioni da fornire al personale della struttura territoriale che ospiterà l'utente o al caregiver a domicilio, il gruppo ha pensato e realizzato un documento scritto con tali informazioni. Il personale è a disposizione nell'orario di apertura dell'ambulatorio dalle ore 7,30 alle ore 17,00 per ulteriori informazioni e dettagli.

Due anni fa, frequentando il master di primo livello, tra gli argomenti trattati, alcune lezioni erano specifiche per la PEG. Attraverso il sito di ANOTE abbiamo avuto la possibilità di accedere alle linee guida del 2009 che trattano della gestione della PEG nell'adulto e nel bambino e le abbiamo condivise con i colleghi e con i medici.

Ho preso contatto con Cinzia Rivara (presidente ANOTE) per chiedere se era possibile implementare le informazioni delle linee guida per inserirle nella nostra documentazione (solo la parte che riguarda la gestione PEG nell'adulto, perché nel nostro ambulatorio non trattiamo pazienti in età pediatrica), la quale, in seguito a riunione con il gruppo direttivo, ha dato parere positivo al documento finale.

Pero', visto che il nostro servizio è H12, in caso di dislocazione della sonda, il paziente potrebbe essere

costretto ad andare in un altro centro, quindi abbiamo realizzato una pagina introduttiva all'opuscolo, dove sono riportati i dati anagrafici del paziente, data di posizionamento e calibro della sonda posizionata e abbiamo ricavato uno spazio dove attaccare il bollino di tracciabilità della prima PEG e una parte dove segnare la data di sostituzione e le varie ed eventuali.

Sono uscite le linee guida aggiornate al 2016 dove viene raccomandato di creare un "passaporto clinico". Di seguito riportiamo uno stralcio della linea guida.

"Al termine della procedura, oltre a registrare le caratteristiche della sonda inserita, le modalità di inserimento e le eventuali complicanze, si consiglia di rilasciare al paziente un

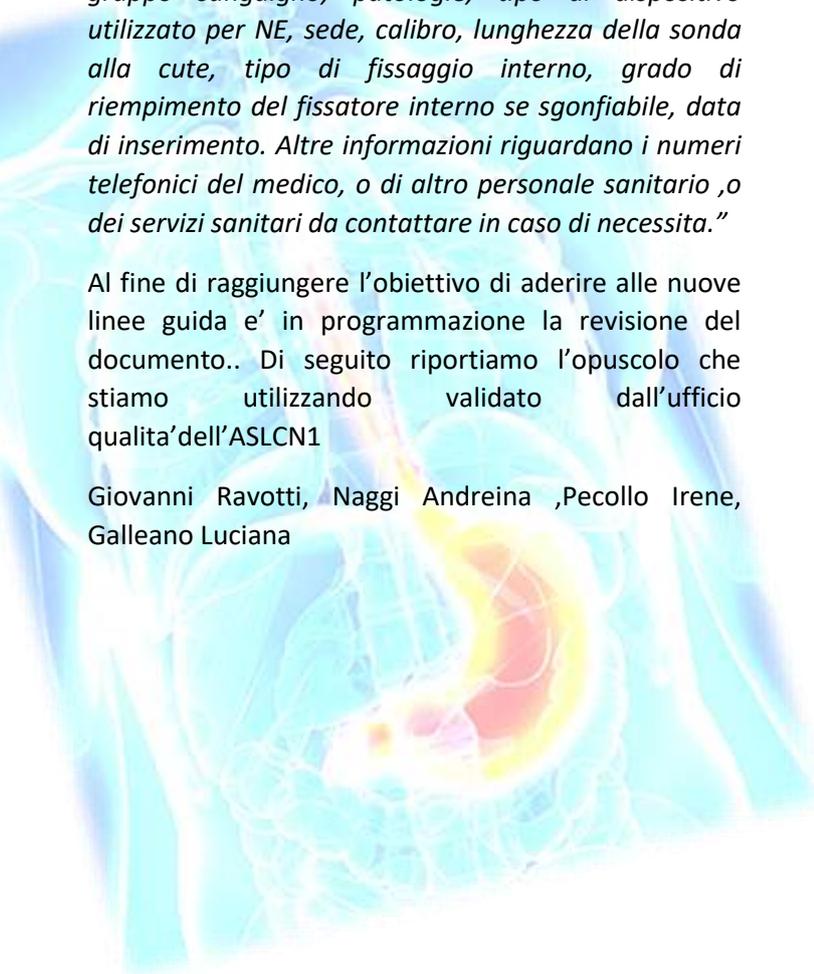
"Passaporto clinico", da portare sempre con se, che lo aiuti a rammentare di quale tipo di presidio e portatore e con quali caratteristiche ma, al contempo, permetta al personale sanitario di recuperare le informazioni

necessarie per intervenire in caso di necessita.

Il "Passaporto clinico" deve contenere informazioni riguardanti il paziente (nome e cognome, data di nascita, indirizzo, recapito telefonico, lingua), la persona da contattare in caso di necessita, allergie, gruppo sanguigno, patologie, tipo di dispositivo utilizzato per NE, sede, calibro, lunghezza della sonda alla cute, tipo di fissaggio interno, grado di riempimento del fissatore interno se sgonfiabile, data di inserimento. Altre informazioni riguardano i numeri telefonici del medico, o di altro personale sanitario, o dei servizi sanitari da contattare in caso di necessita."

Al fine di raggiungere l'obiettivo di aderire alle nuove linee guida è in programmazione la revisione del documento. Di seguito riportiamo l'opuscolo che stiamo utilizzando validato dall'ufficio qualità dell'ASLCN1

Giovanni Ravotti, Naggi Andreina, Pecollo Irene, Galleano Luciana



Presidio ospedaliero di Mondovì-S.C. Chirurgia
Ambulatorio di gastroenterologia ed endoscopia digestiva
Telefono 0174/677071

**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE PORTATORE DI
 GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA
 (PEG)**

Sig./ra _____ nato/a il _____

Data di inserimento: _____



Calibro Della Sonda : _____ Fr.

Etichetta lotto:

**Per favore portare con se questo opuscolo in caso di eventuali successivi
 controlli o sostituzioni.**

Con questo opuscolo si vogliono fornire sinteticamente alcune utili indicazioni a chi si trova a gestire ed assistere pazienti portatori di Gastrostomia Endoscopica percutanea(PEG)

Sostituzioni successive al primo posizionamento

data						
calibro						
Etichetta lotto						
Annotazioni						

ANOTE/ANIGEA (Associazione nazionale operatori endoscopia) (Associazione nazionale infermieri gastroenterologia)

REVISIONE OTTOBRE 2009

ASSISTENZA ALL'ADULTO CON PEG

L'alimentazione artificiale si è resa necessaria per il trattamento di molte condizioni patologiche e le modalità più utilizzate sono:

• Nutrizione Parenterale Totale (NPT) che utilizza un accesso venoso;

• Nutrizione Enterale (NE) che avviene tramite il posizionamento di sondino nasogastrico (SNG) o l'applicazione chirurgica di una sonda che collega direttamente lo stomaco o il digiuno con l'esterno.

Nel 1979 venne utilizzata una nuova metodica, denominata appunto Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG), che permette l'inserimento della sonda nel tratto digestivo durante una normale gastroscopia. L'impianto di tale ausilio ha un ridotto numero di complicanze, una ridotta incidenza economica, riduce il periodo di degenza e favorisce il reinserimento precoce del malato in famiglia oltre ad essere di facile gestione. In molti casi si è rivelata un presidio determinante nel migliorare la qualità di vita residua poiché, pur avendo alcune patologie di base una lenta evoluzione, permette di correggere in modo più fisiologico il deficit nutrizionale ad esse correlato.

QUALE ALIMENTAZIONE PER IL PORTATORE DI PEG

L'alimentazione può iniziare:

-solo idratazione dopo 12 h dal posizionamento; -dopo 24 ore si inizia alimentazione .

Esistono fondamentalmente tre tipi di miscele nutritive per N.E.:

a) Diete naturali, costituite dalla miscelazione di sostanze naturali, la cui preparazione può essere:

- artigianale, nella quale gli alimenti sono frullati od omogeneizzati, in forma liquida o semiliquida;
- industriale, in cui i preparati sono già disponibili in commercio, hanno una composizione nota, equilibrata, garantiscono un apporto completo dei vari elementi nutritivi, sono più omogenei e fluidi e più sicuri per quanto riguarda possibili contaminazioni.

b) Diete chimicamente definite

- polimeriche o semielementari , che richiedono processi digestivi parziali;
- monomeriche o elementari, già pronte per essere assorbite.

c) Diete modulari o specifiche, utilizzate per soddisfare esigenze nutrizionali legate a particolari patologie, come l'insufficienza epatica, l'insufficienza renale, l'insufficienza respiratoria, il diabete.

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Esistono varie tecniche di somministrazione la cui scelta dipende dalle condizioni cliniche del paziente e dalle possibilità anatomiche e funzionali dell'intestino.

a) Intermittente. E' la tecnica di "gavage", ossia la somministrazione in pochi minuti di un bolo unico (200-400cc) mediante siringa, ripetuta ad intervalli di 4-6 ore nelle 24 ore.

Questa modalità è sconsigliata per l'elevato numero di effetti collaterali, specie di tipo addominale quali la distensione gastro-addominale, nausea, reflusso gastro-esofageo, ab ingestis, diarrea da contaminazione.

b) Continua. La somministrazione avviene in tempi molto lunghi, lentamente tramite l'ausilio di una pompa peristaltica o per caduta (goccia a goccia). Con questa tecnica si diminuiscono le manipolazioni delle miscele nutritive. Rispetto alla modalità precedente limita molto l'autonomia del paziente che spesso tende all'immobilità causata sia dalle sue condizioni sia dalla dipendenza dalla linea infusione. Allungando il tempo di assorbimento si migliora la capacità intestinale. Nei pazienti in condizioni più stabili, con intestino che si adatta a flussi veloci, si può

ovviare al problema della dipendenza concentrando la somministrazione in 8-14 ore (durante le ore notturne). Può avvenire tramite l'ausilio di una pompa peristaltica o per caduta (goccia a goccia).

ASSISTENZA AL PAZIENTE DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE

1) E' necessario eseguire il lavaggio sociale delle mani prima di iniziare la preparazione degli alimenti.

2) Preparazione degli alimenti:

Se gli alimenti sono già disponibili sotto forma liquida, in flacone o in sacca idonei

ad essere collegati alla linea di infusione - PEG, agitare bene la confezione e predisporre tutto l'occorrente rispettando le tecniche asettiche.

Se il preparato è in polvere comporre la soluzione come indicato nella confezione aggiungendo la quantità di acqua richiesta, se conservato in frigorifero portarlo a temperatura ambiente.

Talvolta per preparare la dose per il singolo pasto o la dose giornaliera, prima dell'uso può essere necessario mescolare i vari alimenti in un contenitore apposito (solitamente una sacca di PVC) dotato di chiusura, che dovrà poi essere collegato alla PEG o al Bottone; in questo caso le norme igieniche devono essere assolutamente rispettate.

3) Posizione del paziente:

Terminata la preparazione degli alimenti, far assumere al paziente la posizione semi seduta (30°), sollevando la testiera del letto o utilizzando alcuni cuscini, per facilitare la somministrazione del preparato. Tale posizione deve essere mantenuta per almeno un'ora dal termine del pasto onde evitare pericolosi rigurgiti gastroesofagei.

4) Controlli:

l'esatta posizione della PEG, verificando la sede della tacca di riferimento presente nella superficie esterna;

la quantità di residuo gastrico con siringa cono a catetere da 50 ml

o prima di ogni pasto, se la somministrazione è intermittente,

o ogni 3-5 ore, se continua.

Se il residuo gastrico è superiore a 100 cc, interrompere la somministrazione per 1-2 ore se questa avviene per bolo, rallentare la velocità, se continua.

Qualora il residuo gastrico persista o la sonda risulti dislocata, sospendere l'alimentazione ed avvisare il medico.

Tenere sempre sotto osservazione il paziente durante il pasto, segnalando la comparsa di sintomi quali:

tosse, difficoltà respiratoria, cianosi, causati da aspirazione o reflusso alimentare nelle vie aeree

nausea, vomito, diarrea alterazioni della coscienza

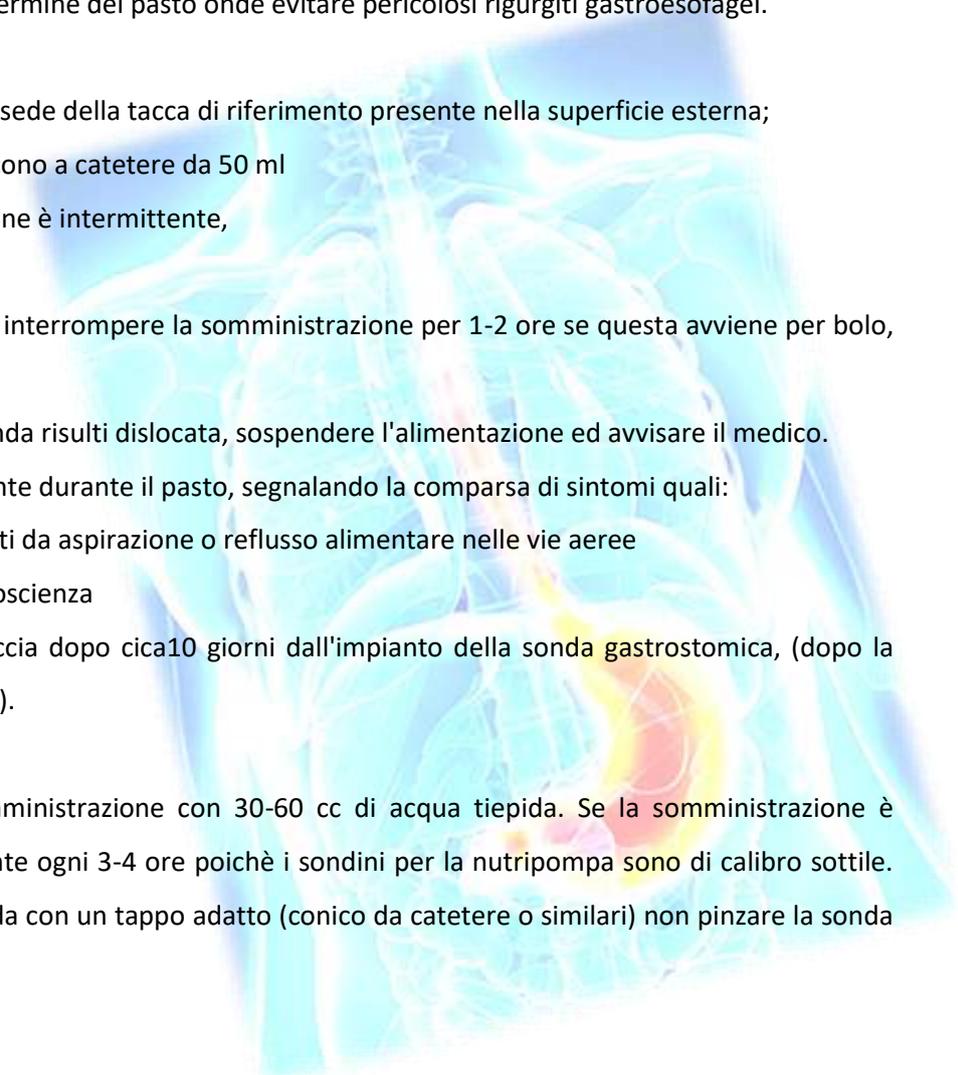
NB: il paziente può fare il bagno o la doccia dopo circa 10 giorni dall'impianto della sonda gastrostomica, (dopo la rimozione della medicazione di protezione).

5) Gestione della sonda.

Lavare la sonda prima e dopo ogni somministrazione con 30-60 cc di acqua tiepida. Se la somministrazione è continua, la sonda va lavata periodicamente ogni 3-4 ore poiché i sondini per la nutripompa sono di calibro sottile.

Nei periodi di non utilizzo chiudere la sonda con un tappo adatto (conico da catetere o similari) non pinzare la sonda con Klemmer o simili.

6) Somministrazione di farmaci.



I farmaci non devono essere mescolati con gli alimenti, ma somministrati a parte, anche in caso di alimentazione continua (solo una ora dopo la somministrazione la si potrà riprendere). Sono preferibili i farmaci in forma liquida, ove ciò non sia possibile, polverizzare le compresse, somministrarle una alla volta con acqua, irrigare con 5cc di acqua tra un farmaco e l'altro, quindi risciacquare la sonda.

7) Registrosioni.

Registrare giornalmente la quantità di soluzione nutritiva somministrata e settimanalmente il peso corporeo (se le condizioni del paziente lo permettono).

8) Pulizia del cavo orale.

La pulizia giornaliera del cavo orale è altresì importante, poiché viene a mancare la pulizia meccanica naturale ottenuta con la masticazione; inoltre le labbra devono essere ammorbidite frequentemente con sostanze specifiche (burro-cacao, olio di vaselina).

NORME GENERALI PER LA CURA DELLA GASTROSTOMIA

Di regola bisogna controllare giornalmente la cute attorno alla stomia, verificando l'esistenza di eventuali segni di infezione: arrossamento, gonfiore, irritazione, eventuale presenza di pus, perdita di succo gastrico.

La medicazione va cambiata una volta al giorno per la prima settimana, a giorni alterni per gli 8-10 giorni successivi, poi lasciare libera la stomia.

NON METTERE MAI GARZE TRA LA CUTE ED IL BUMPER DI RITENZIONE ESTERNO.

Lavare la cute attorno la stomia, semplicemente con acqua e/o sapone liquido a ph neutro, effettuando movimenti a spirale a partire dal punto di inserzione verso l'esterno e avendo cura di lavare anche la zona sottostante il bumper di ritenzione esterna, senza farlo aderire completamente alla cute (distanza dalla cute di circa 2/3mm). Asciugare bene la zona.

Evitare di esercitare trazione sulla sonda stessa (es. durante le manovre di mobilizzazione) Settimanalmente far compiere dei giri di rotazione completa alla sonda o al bottone per verificare il corretto posizionamento del bumper di ancoraggio. Se si avverte resistenza, indice di dislocazione della sonda, interrompere l'alimentazione, avvisare il centro di riferimento perchè può essere necessario un controllo endoscopico della sua posizione.

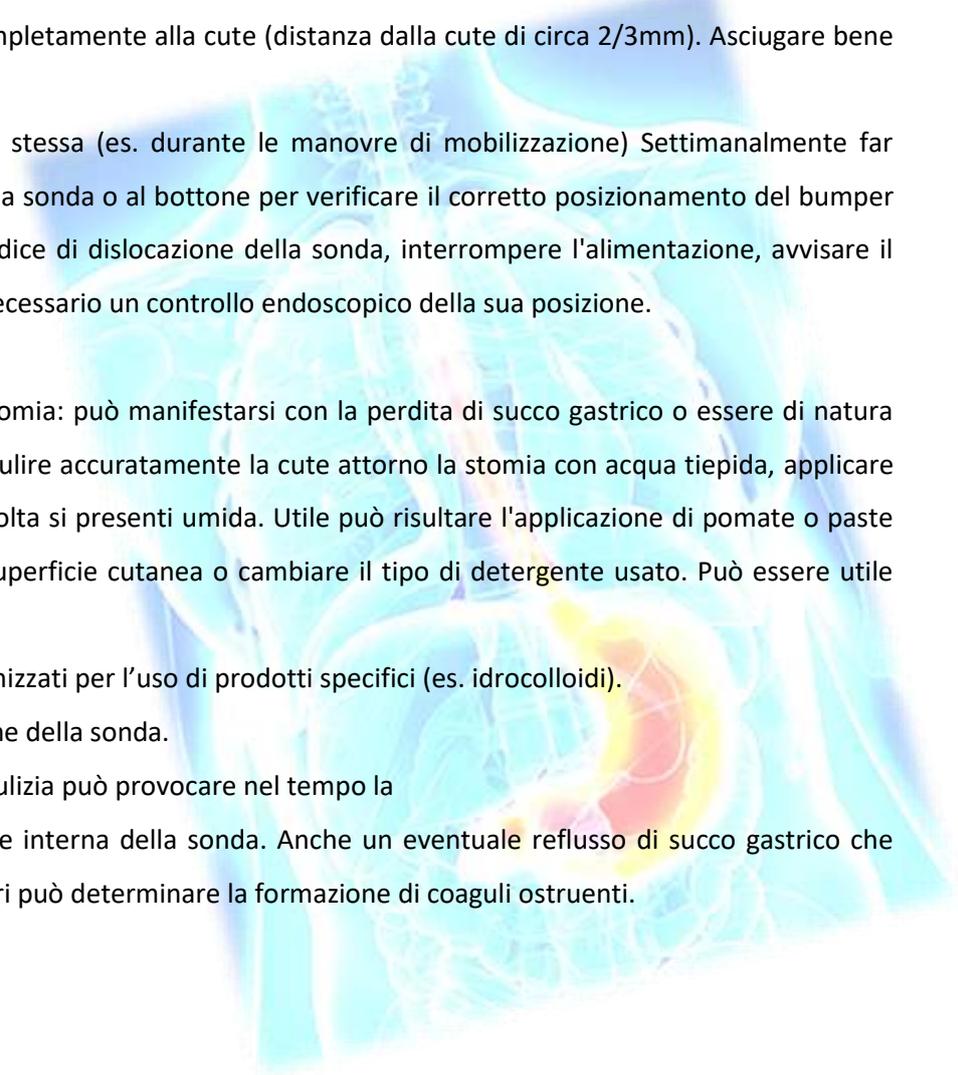
COMPLICANZE LOCALI PIU' FREQUENTI

1) Allargamento ed arrossamento della stomia: può manifestarsi con la perdita di succo gastrico o essere di natura allergica, ad esempio ai saponi utilizzati. Pulire accuratamente la cute attorno la stomia con acqua tiepida, applicare una medicazione, da sostituire ogni qualvolta si presenti umida. Utile può risultare l'applicazione di pomate o paste che creino una barriera protettiva sulla superficie cutanea o cambiare il tipo di detergente usato. Può essere utile l'uso dei prodotti a rotazione.

Utile rivolgersi ove presente al centro stomizzati per l'uso di prodotti specifici (es. idrocolloidi).

Potrebbe rendersi necessaria la sostituzione della sonda.

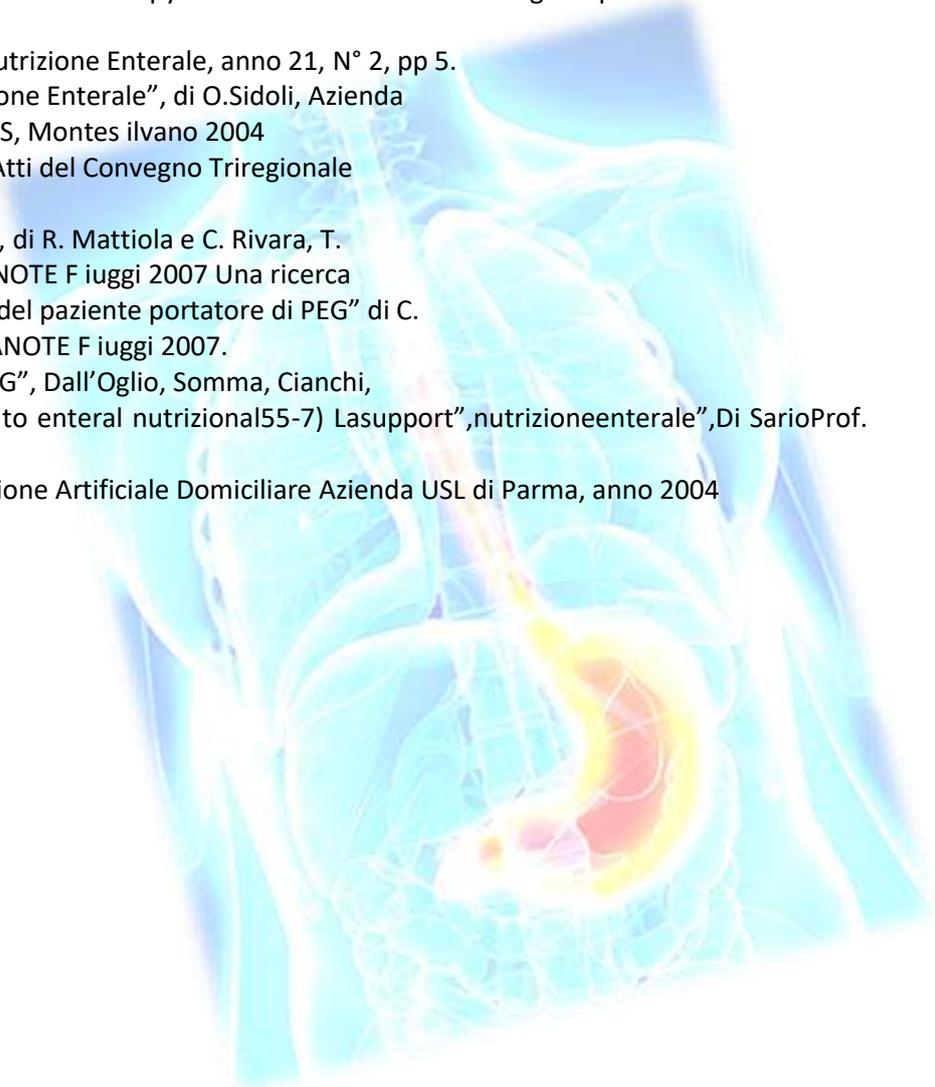
2) Ostruzione della sonda: l'insufficiente pulizia può provocare nel tempo la formazione di coaguli organici sulla parete interna della sonda. Anche un eventuale reflusso di succo gastrico che venga a contatto con le sostanze alimentari può determinare la formazione di coaguli ostruenti.



In questi casi spremere delicatamente il tubo tra l'indice e pollice e poi effettuare un lavaggio con acqua tiepida e bicarbonato di sodio. Se le incrostazioni sono particolarmente tenaci, provare ad utilizzare acqua gassata. Se non si riesce a disostruire la sonda, avvisate il centro di riferimento o il servizio che ha applicato la PEG.

BIBLIOGRAFIA

- April 1992- "Uso e manutenzione del bottone e delle sonde PEG "- feeding at home M.Crespi, P.Sacripanti
American Journal of Nursing: Tube
- NEU 3/94: "Il ruolo infermieristico nella gestione e somministrazione della nutrizione enterale" - I.P. neurochirurgia del U.C.S.C. di Roma
- A.S.P.E.N. Board of Directors. Standards for nutrition support physicians. Nutr Clin Pract, 1996;11:235-240;
- A.S.P.E.N. Board of Directors.. Guidelines for the use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. January-February 2002; suppl. 26(1), 8SA;
- A.S.P.E.N. Boards of Directors. Indications, types and route of administration: Enteral nutrition. JPEN January-February 2002; 26 (1), suppl. 97SA;
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition: Pediatric Nutrition Handbook, 4th edition.AAP, Il manuale Per il Paziente in Nutrizione Enterale Domiciliare", Edizione del 2005 Guida a cura della SINPE.
- Stato Nutrizionale ed ulcere da pressione: linee guida a confronto", di O. Sidoli e A. Ferrari, Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale, anno 23, n. 1, pp12, Wichtig Editor 2005.
- Differenti aspetti nella gestione infermieristica nella Nutrizione Enterale e nella Nutrizione Parenterale" di O. Sidoli da Nutritional Therapy e Metabolism 2006. "Nursing del paziente in Nutrizione Enterale Domiciliare", di O. Sidoli, da Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale e Nutrizione Enterale, anno 21, N° 2, pp 5.
- La Nutrizione Artificiale in Oncologia. Nutrizione Enterale", di O.Sidoli, Azienda USL di Parma, XIX° Convegno Nazionale AIOSS, Montesilvano 2004
- Gastrostomia Per cutanea" di M.R. Bonetti, Atti del Convegno Triregionale ANOTE del 2003
- "Nutrizione nell'adulto enterale e nel bambino", di R. Mattiola e C. Rivara, T. Catale, Atti del XVII° Congresso Nazionale ANOTE F iuggi 2007 Una ricerca per migliorare la qualità della presa in carico del paziente portatore di PEG" di C. Cicogna, Atti del XVII° Congresso Nazionale ANOTE F iuggi 2007.
- Linee guida per l'Assistenza all'adulto con PEG", Dall'Oglio, Somma, Cianchi, Roma 1999 ANOTE"Endoscopic approaches to enteral nutrition 55-7) Lasupport", nutrizione enterale", Di Sario Prof. JA, C. Baskin
- Spaggiari, Parma Sezione Aziendale di Nutrizione Artificiale Domiciliare Azienda USL di Parma, anno 2004





**Prossimi
appuntamenti...**



Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

28° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

LA COMPLESSITA' PROFESSIONALE IN ENDOSCOPIA E GASTROENTEROLOGIA: DALLA MULTIDISCIPLINARITA' ALLA TRANSDISCIPLINARITA' Montesilvano (PE), 25-27 Maggio 2018

VENERDI 25 MAGGIO

13:00 - 14:00 Registrazione partecipanti e inizio lavori

14:00 - 16:30 SEZIONE LIVE CASE: TECNICHE RESETTIVE

- Resezione endoscopica con tecnica ESD: collegamento in streaming
- Tecnica ERCP: collegamento in streaming

Con il commento in aula di infermieri e medici esperti sui casi trattati.

16:30 - 17:30 LA SICUREZZA NELLA "CURA "

La sicurezza si costruisce non si inventa: analisi del rischio clinico e della responsabilità professionale nelle procedure analizzate e il consenso informato

17:30 - 18:30 HANDS-ON REPROCESSING: DALLA PRE-DETERSIONE ALLO STOCCAGGIO (continua anche sabato tutto il giorno)

17:30 - 18:30 HANDS-ON DEVICES

SABATO 26 MAGGIO

09:00 inizio lavori, saluti, presentazione

I SESSIONE TECNICA E TECNOLOGIA NELLA "CURA":
proiezione di filmati e commenti di esperti in una visione didattica multidisciplinare

09:30 - 09:45 Survey Nazionale ANOTE/ANIGEA
L'infermiere nelle Endoscopie Digestive in Italia: presentazione risultati

09:45 - 12:00 UPDATE DI TECNICHE IN ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA: LINEE GUIDA E BEST PRACTICE

- Trattamento delle complicanze immediate nelle tecniche resettive endoscopiche: EMR- ESD- FULL THICKNESS RESECTION
- Tecniche di trattamento delle stenosi del tratto gastroenterico e delle complicanze immediate: dilatazione, stenting
- Tecniche in ERCP: dalla micro litiasi alla calcolosi e incanalamento difficile

La voce fuori campo: analisi del rischio clinico e responsabilità professionale sulle procedure analizzate.



Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

La sessione si articola con la proiezione di filmati con il commento di esperti medici e infermieri che illustreranno le diverse tecniche interventistiche partendo dal processo di accoglienza del paziente, includendo preparazione della sala, dei devices e reprocessing e ponendo l'attenzione su: trattamento delle complicanze immediate ; rispetto linee guida e best practices

12:00 - 13:00 ASSEMBLEA DEI SOCI

13:00 - 14.30 PRANZO

II SESSIONE

14:30- 15:30 LEGGE GELLI: RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E ASSICURAZIONI: QUALE POLIZZA STIPULARE?

15:30-17:30 LE DINAMICHE RELAZIONALI DI GENERE E DI RUOLO ALL'INTERNO DI UN GRUPPO: DALLA CONSAPEVOLEZZA DI SE' ALL'INCONTRO CON L'ALTRO

- Essere o non essere: identità, identità di genere, di meta, identità infermieristica
Il counseling come risorsa
- Io nel gruppo: gestire le emozioni
Il coaching come risorsa

17:30 -18:00 **L'INFERMIERISTICA TEATRALE: DIAMO SPAZIO ALLA CREATIVITA'**
L'INFERMIERE ENTRA IN SCENA- RAPPRESENTAZIONE TEATRALE:
NEI PANNI DELL'ALTRO:
L'ARTE INDIVIDUALE DI COMUNICARE, CURARE E PRENDERSI CURA

DOMENICA 27 MAGGIO

09:00 - 09:30 LETTURA MAGISTRALE: il significato della Transdisciplinarietà nella cura: feedback e riflessioni sui lavori congressuali

III SESSIONE "Visibilità" a malattie "Invisibili": la cura nelle MICI

09:30 -12:00

- *"Ti racconto la mia storia di guerriero"*: interviste filmate a pazienti affetti da MICI
- Terapia farmacologia: passato, presente e futuro
- Quadri endoscopici nelle MICI: dalla diagnosi al trattamento endoscopico.



Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

- I PDTA MICI scendono in campo: proiezione filmato sull'applicazione di un PDTA dalla presa in carico alla continuità assistenziale.

TAVOLA ROTONDA: i bisogni e le criticità nella cura delle MICI, come rispondono i professionisti coinvolti;

Partecipano: infermiere e medico specialista in MICI, rappresentante Amici, chirurgo, stomaterapista, nutrizionista, dermatologo, reumatologo

12:00 -13:00 Presentazione lavori Referenti Regionali

13:30 Chiusura lavori e test ECM

Nelle giornate di venerdì e sabato i partecipanti potranno preventivamente iscriversi agli Hands-On situati nell'area congressuale:

- **HANDS-ON REPROCESSING: DALLA PRE-DETERSIONE ALLO STOCCAGGIO**

Postazioni per simulazione del corretto riprocessamento di uno strumento e accessori, secondo linee guida e rapporto tecnico UNI, nonché giusta diluizione degli enzimatici e corretto utilizzo e smaltimento dei disinfettanti (sia venerdì pomeriggio che sabato tutto il giorno)

- **HANDS-ON DEVICES:**

Postazioni per prova devices per tecniche resettive, emostasi, procedure biliopancreatiche etc... (venerdì pomeriggio)

