



 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

PRO 04 – Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale

Indice delle Revisioni

N° PROGRESSIVO REVISIONE	DATA EMISSIONE DOCUMENTO	DESCRIZIONE	PARAGRAFI INTERESSATI	PAGINE	NOTE
00	31/03/2011	Prima emissione			
01	13.07.2020	Revisione			
02	09.06.2022	Revisione	Tutti	Tutte	

Approvazioni

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	DATA	FIRMA
Elaborazione	 Gruppo di elaborazione	2021-2022	
Approvazione	DIR	09.06.2022	
Emissione	RAQ	09.06.2022	

Gruppo di elaborazione

Il presente protocollo è stato elaborato e redatto da:

COGNOME E NOME	QUALIFICA
Roberta Carmignani	Direttore Servizi
Andrea Francesconi	Coordinatore infermieristico
Fabrizio Franceschi	Educatore professionale
Emanuele Gambini	RAQ



Sommario

Indice delle Revisioni	1
Approvazioni	1
Gruppo di elaborazione	1
Scopo e obiettivi	2
Campo di applicazione	2
Matrice delle responsabilità	3
Materiali e metodi	3
Protocollo infermieristico Nutrizione enterale	3
Protocollo infermieristico Nutrizione parenterale	13
Revisione	16


Scopo e obiettivi

Il presente protocollo ha lo scopo di disciplinare le responsabilità e le modalità di esecuzione delle attività connesse con la gestione infermieristica della nutrizione enterale e parenterale.

Campo di applicazione

Il presente protocollo è applicato a tutto il personale dei seguenti servizi:

DENOMINAZIONE SERVIZIO	TIPOLOGIA DI SERVIZIO
RSA CASA DEI NONNI	STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE ANZIANE
CENTRO DIURNO ANZIANI (AGGREGATO RSA CASA DEI NONNI)	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE ANZIANE (AGGREGATA A RSA)
CAP ARCACASA DON BEPPE SOCCI	STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE CON DISABILITA'
CAP LA NOSTRA CASA	STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE CON DISABILITA'

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

Matrice delle responsabilità

ATTIVITÀ	Infermiere	ADB / OSS / OSSS	Educatore professionale	Fisioterapista – terapista della riabilitazione	Coordinatore del servizio / struttura	Responsabile Assicurazione Qualità	Direttore Organizzazione	Gruppo elaborazione	Altri (indicare)
Elaborazione e redazione / Revisione								R	
Approvazione							R		
Emissione						R			
Diffusione					C	R			
Applicazione (per quanto dettagliatamente indicato nel protocollo)	R								
Supervisione e controllo applicazione del protocollo*	R								

Legenda: R=Responsabile C=Collaboratore

*Nel caso in cui il servizio sia dotato di più professionisti per la singola qualifica, le attività di responsabilità e controllo saranno attribuite in modo incrociato tra le diverse persone. Nel caso in cui sia presente una sola persona a ricoprire il ruolo di responsabile, le attività di supervisione e controllo saranno svolte da questi congiuntamente, per i soli aspetti procedurali dal Coordinatore servizio/struttura.

Materiali e metodi

Protocollo infermieristico Nutrizione enterale

INTRODUZIONE

La **Nutrizione Enterale (N.E.)** rappresenta oggi la metodica di prima scelta in tutti quei soggetti che



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione Qualità e Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale

PRO - 04
Rev. 02 del 09.06.2022

necessitano di essere nutriti artificialmente e che abbiano una adeguata funzionalità intestinale. Sempre più spesso quindi le equipe sanitarie si trovano a dover gestire pazienti in Nutrizione Enterale e nella necessità di erogare livelli essenziali di cura ed assistenza. L'accesso al tratto enterico avviene con l'utilizzo del sondino naso enterico o nasogastrico, oppure con sonde per gastrostomia o digiunostomia.

Il sondino naso gastrico viene inserito in una delle narici, attraverso il nasofaringe, fino allo stomaco. I presidi solitamente utilizzati sono sonde a grandi fori (Levin) con diametro di 12 French (Fr). I sondini nasogastrici sono indicati quando è necessario fornire una via per alimentare il paziente e/o rimuovere il contenuto dello stomaco, prevenire nausea, vomito e distensione gastrica dopo intervento chirurgico. Il sondino naso enterico rappresenta il dispositivo più comunemente usato per l'alimentazione per via enterale ed è più soffice, più flessibile e meno irritante rispetto agli altri. Le misure più utilizzate vanno da 5 a 12 French di diametro. La lunghezza del sondino varia da 55 a 150 cm. Alcuni tubi presentano delle aperture che consentono di somministrare farmaci e liquidi senza dover sconnettere il circuito di alimentazione. L'introduzione di un sondino naso gastrico è possibile con diverse tecniche e richiede che il personale infermieristico e medico sia particolarmente addestrato. Il sondino naso enterico è usato nei pazienti a rischio di aspirazione di alimenti nelle vie aeree.

INDICAZIONI

La nutrizione enterale sfrutta i normali meccanismi digestivi e di assorbimento gastro-enterico del paziente, dimostrandosi quindi più fisiologica della parenterale, ed è gravata da un minor numero di complicanze.

La NE deve essere iniziata il più precocemente possibile, ma soltanto in presenza di un'accertata agibilità del tratto gastroenterico; in linea di massima le indicazioni alla nutrizione enterale sono numerose, di seguito ne riportiamo alcune:

- malattie neurologiche e psichiatriche:

disfagia;

neoplasie;

traumi;

processi infiammatori cerebrali;

malattie demielinizzanti;

anoressia nervosa.

- stati ipercatabolici;

- malattie oro-faringo-esofagee:

neoplasie;

infiammazioni;

traumi.


- malattie gastrointestinali:

pancreatiti;

malattie infiammatorie intestinali croniche;

sindromi da intestino corto;

malattie intestinali neonatali;

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

malassorbimento;

gastroparesi;

ileo paralitico senza ostruzione meccanica: in questa situazione permane la funzione assorbente dell'enterocita e l'infusione dei nutrienti per via enterale stimola la ripresa della peristalsi (es. postoperatorio precoce);

resezioni intestinali massive, dopo aver superato la prima fase: la soglia della lunghezza dell'intestino residuo che consenta la NE va stabilita individualmente valutando empiricamente la tollerabilità alla NE; qualora ripetuti tentativi di NE non fossero fruttuosi si deve porre indicazione alla NPT.

- nutrizione preoperatoria;

- nutrizione postoperatoria:

neurochirurgia;

chirurgia maxillofaciale;

chirurgia digestiva.

- fistole intestinali a bassa portata;

- neoplasie;

- miscellanea:

sepsi;

ustioni;

alterazioni metaboliche, es. ipercatabolismo, che non possono essere soddisfatte dalla nutrizione orale.

- svezzamento dalla NP

PREPARAZIONE ALL'INTRODUZIONE


Importante risulterà a tal proposito una corretta pianificazione assistenziale che sebbene spesso sottovalutata, risulterà di fondamentale importanza per il decorso post operatorio del paziente; utile in questo senso risulterà la collaborazione con la dietista ed il medico, oltre al paziente ed ai suoi familiari. Per una adeguata pianificazione dell'assistenza è necessario:

valutazione dello stato pre-operatorio nutrizionale con raccolta di informazioni (a tal proposito fondamentale riferimento di lavoro diviene la scheda infermieristica)

Pianificazione della strategia nutrizionale da adottarsi dopo l'intervento con la collaborazione attiva del paziente e dei suoi familiari.

Eventuali modifiche al piano ed interventi nelle eventuali complicanze.

Mediante la compilazione della scheda infermieristica sarà possibile recuperare dati fondamentali quali:

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

peso, allergie ed intolleranze alimentari, anoressia, disfagia, vomito, diarrea, calo ponderale, edemi agli arti, ipotrofia delle masse muscolari, eventuale presenza di segni di disidratazione (pallore, occhi infossati, lingua secca, ecc.).

Si annoteranno inoltre le abitudini e preferenze alimentari, eventuali patologie quali disfunzioni metaboliche (diabete) o presenza di IRC o cardiopatie. Fondamentale essere a conoscenza di eventuali dipendenza da alcool e tabacco con patologie correlate (varici esofagee, BPCO, ecc.).

Un momento importante per la buona riuscita del piano assistenziale sarà l'informazione data al paziente ed ai familiari, che dovranno essere chiare e ben comprese. Verrà quindi avvisato che all'uscita della sala operatoria avrà un S.N.G. che dovrà rimanere in situ per circa due settimane, che non potrà ricevere nutrimento per bocca in questo periodo: si cercherà la collaborazione del paziente e dei suoi cari, valutando la risposta psicologica alle informazioni ricevute. In caso di mancante collaborazione si richiederanno consultazioni con altre discipline (neurologo, psicologo).

La scelta del tipo di dieta da seguire sarà esclusiva competenza del medico con l'ausilio della dietista; sarà responsabilità dell'infermiera pianificare la corretta assunzione della dieta prescritta, controllando effetti collaterali ed intervenendo tempestivamente per correggerli.


COMPLICANZE

Nonostante la nutrizione artificiale enterale sia una metodica facilmente eseguibile, abbastanza diffusa, e poco cruenta, è necessario tenere presente le complicanze riscontrabili durante la sua esecuzione. Queste possono essere:

- Legate alla sonda
 - o Inserzione accidentale nelle vie aeree
 - o Dislocazione della sonda
 - o Alterazioni della funzionalità sfinteriale esofago-gastrica, con predisposizione al reflusso gastroesofageo
 - o Lesioni da decubito (in prevalenza sulle ali del naso, ma anche a livello dell'ipofaringe e delle pareti esofagee).
- Legate alla miscela o alla tecnica
 - o Distensione addominale, meteorismo, senso di pesantezza gastrica
 - o Diarrea: in genere è determinata da eccessiva osmolarità della miscela, incremento troppo rapido della velocità di infusione, intolleranza ad alcuni componenti, ad esempio lattosio
 - o Squilibrio idro-elettrolitici e metabolici
 - o Vomito, rigurgito con rischio di inalazione se il paziente ha i riflessi faringo-laringei e tussigeni depressi, qualora le vie aeree non siano protette dall'intubazione tracheale.

MATERIALE OCCORRENTE:

- ° Guanti monouso non sterili
- ° S.N.G. (12-14 F.) in poliuretano o silicone

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

- ° Lubrificante (Nefluan, Luan)
- ° Siringa da 60 cc. con cono grande
- ° Bacinella reniforme
- ° Garze e tamponi sterili
- ° Telino
- ° Bicchiere d'acqua (se pz cosciente)
- ° Cerotto per fissaggio
- ° Fonendoscopio
- ° Xylocaina spray (4%)

PROCEDURA DI POSIZIONAMENTO DEL S. N. G.:

- ° Informare il paz. (se cosciente).
- ° Posizionare il paz. semiseduto nella posiz. di Fowler (se possibile).
- ° Ispezionare le cavità nasali per verificare eventuali deformazioni e scegliere la narice più pervia.
- ° Rimuovere le eventuali protesi dentali.
- ° Far soffiare il naso al paz. (se cosciente).
- ° Spruzzare la Xylocaina spray nel nasofaringe.
- ° Misurare la distanza orecchio-naso-proc. xifoideo per determinare la lunghezza giusta per l'inserimento del SNG, segnando con un cerotto il punto
- ° Lubrificare la punta del SNG e introdurre delicatamente il SNG.
- ° Ispezionare il cavo orale per controllare che il SNG non si arrotoli in bocca.
- ° Far bere un po' d'acqua al paz. (ovviamente se è cosciente e collaborante), invitandolo a deglutire quando il SNG raggiunge il faringe, facendolo avanzare fino al punto segnato.
- ° In caso di tosse, cianosi, ipossia, rimuovere il SNG immediatamente e ripetere la manovra.
- ° Controllare poi la posizione del SNG nel seguente modo:

- aspirando con la siringa per vedere se è presente succo gastrico


- nel caso non vi sia ristagno gastrico insufflare dell'aria ascoltando

sull'epigastrio col fonendoscopio.

- introdurre da 10-50 cc. d'acqua, aspirando con la siringa.

° Una volta certi del corretto posizionamento fissare il SNG al naso senza fare pressioni sulle ali del naso.

° Mantenere la testa del paziente elevata per ridurre la possibilità di reflusso

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

gastrico e l' aspirazione nelle vie aeree.


- ° Ripetere sempre le ultime 4 manovre se il SNG viene riposizionato (ad es. per aspirare l'aria)
- ° Prevenire la retrazione o fuoriuscita del SNG assicurandolo bene alla cute, controllando frequentemente la tenuta del cerotto.

SOMMINISTRAZIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE MEDIANTE S.N.G.

- ° Verificare la prescrizione medica
- ° Preparare la dieta prescritta, controllando l'integrità della confezione e la data di scadenza, la temperatura (somministrarla a T° ambiente)
- ° Accertarsi del corretto posizionamento del SNG ed aspirare l'eventuale ristagno (pericolo di aspirazione nelle vie aeree).
- ° Procedere alla somministrazione che può essere a bolo o in pompa

NELLA SOMMINISTRAZIONE A BOLO:

- ° Prima di ogni somministrazione verificare la prescriz. medica
- ° Controllare sempre nei paz. Intubati/tracheostomizzati la tenuta della cuffia del tubo/cannula..
- ° Non mantenere il paz. supino
- ° Aspirare il residuo gastrico o l'aria prima di ogni bolo (ogni 4 ore o meno sec. la prescrizione)
- ° Irrigare la sonda per l'alimentazione con 10-50 cc. di acqua sterile ogni 8 ore e dopo la somministrazione di farmaci per OS (compresse, farmaci viscosi ecc.), con lo scopo di lavare via i residui di dieta dal lume della sonda.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

° Diminuire il bolo successivo se il residuo gastrico è > di 200 cc.


NELLA SOMMINISTRAZIONE IN POMPA VEDERE LINEE GUIDA APPOSITE

SE IL PAZ. HA UNA GASTROSTOMIA/DIGIUNOSTOMIA:

- ° Lavare la sonda digiunostomica/gastrostomica ogni giorno.
- ° Controllarne la pervietà tramite aspirazione-lavaggio con acqua bidistillata sterile.
- ° Controllo della stomia: verificare se sono presenti zone di arrossamento, infiltrate peristomiche.
- ° Sostituire la medicazione ogni 48 ore se la stomia è pulita.

MONITORAGGIO DEL PAZ. ALIMENTATO PER VIA ENTERALE

- ° Esaminare l'addome (se è disteso, se è presente la peristalsi ecc.).
- ° Segnalare se il paz. lamenta nausea, vomito, dolori addominali, senso di ripienezza gastrica.
- ° Controllare spesso la glicemia.
- ° Registrare frequenza, consistenza delle feci (colore, odore, volume, peso)
- ° Mantenere la testata del letto elevata > a 35°.
- ° Controllare lipidi, trigliceridi, colesterolo 1/settimana.
- ° Sostituire i tubi di connessione e le sacche/contenitori per alimentazione ogni 24 ore. Somministrare il contenuto di ogni sacca/contenitore almeno ogni 12 ore specialmente se l'ambiente è caldo.
- ° In presenza di diarrea, eseguire una coltura microbiologica sugli ultimi 5-10 cc. di dieta del contenitore

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

NUTRIZIONE ENTERALE A INTERMITTENZA

1. Prima di somministrare la nutrizione controllare eventuale ristagno gastrico; se presente in quantità >150 – 200 ml ritardare la somministrazione di almeno 1 ora
2. Se non presente procedere alla somministrazione di NE come da terapia
3. Al termine eseguire lavaggio con acqua per preparazione sterile e chiudere il sondino con tappo sterile

NUTRIZIONE ENTERALE CONTINUA

1. Una volta posizionato il sondino, preparare la nutrizione enterale da somministrare, diluirla all'interno della sacca, aprire il deflussore, collegare la sacca alla pompa ed al sondino, impostare i flussi, scrivere sulla sacca il tipo di nutrizione e la data di posizionamento, e documentare quanto fatto

VERIFICA RISTAGNO GASTRICO

All'inizio di una somministrazione di N.E. il ristagno gastrico va monitorato le prime due volte ogni 4 ore, successivamente i controlli del ristagno andranno eseguiti ogni 8 ore*.

Se al primo controllo il ristagno è maggiore di 200 ml, si svuoterà il contenuto gastrico e si dimezzerà la velocità di infusione, per poi ricontrollare dopo 4 ore.

Al secondo controllo con un ristagno inferiore a 200 ml, si può riprendere la velocità di somministrazione impostata.

Se invece il ristagno è maggiore di 200 ml si mantiene dimezzata la velocità di somministrazione.

CAMBIO DEL SET DI SOMMINISTRAZIONE

Esiste una significativa correlazione tra la permanenza dei set di somministrazione e l'incidenza di contaminazione batterica: il 23.8% dei set di somministrazione può considerarsi contaminato dopo le prime 24 ore, percentuale che aumenta fino al 42.9% dopo 48 ore.

Pertanto non va utilizzato lo stesso set per oltre 24 ore.

A conferma di quanto sopra esposto si richiama anche la vigente normativa sul materiale monouso "D.L. 24.02.1997 n. 46: attuazione della direttiva CEE 93/42" (NdR).

Per una nutrizione enterale continua la sacca non va somministrata per tempi superiori alle otto ore: se la durata è maggiore, aumenta sensibilmente il rischio di crescita batterica soprattutto in presenza di elevate concentrazioni di glucidi, o quando viene manipolata da più persone. Segnali importanti che possono indicare contaminazione e crescita batterica sono la nausea, il vomito e la diarrea. Nei sistemi chiusi con grandi volumi (sacche anche superiori ai 1500 mL) usati anche per più di 36 ore, non è stata documentata crescita batterica rilevante.

SCHEMA TIPO PER MONITORAGGIO PARAMETRI PAZIENTE:



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione Qualità e Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015

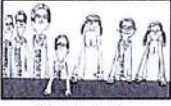
Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e
parenterale

PRO - 04
Rev. 02 del 09.06.2022

Schema utilizzato per il monitoraggio del paziente:

	Cognome	Nome						
DATA								
Peso								
Diuresi								
Ristagno Gastrico								
Drenaggi								
Controlli ematici								
Alvo								
Edemi								
Idratazione								
Liquidi e.v.								
Controllo ferita								
Dieta Tot Cal.								
Varie								

Igiene del cavo orale

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

Anche se il paziente non introdurrà alimenti per bocca per circa 12 giorni, è necessario praticare comunque l'igiene del cavo orale; si consigliano sciacqui con soluzione detergente diluita (Tantum , Oraseptic) 2 o 3 volte al giorno. Si avrà cura di controllare il cavo orale del paziente, verificando l'eventuale presenza di micosi, arrossamenti, lesioni ed il posizionamento del S.N.G.

Preparazione del paziente alla rimozione del SNG

Durante il periodo di permanenza in sede del SNG, si stimolerà il paziente ad eseguire alcuni esercizi di deglutizione: potrà incontrare difficoltà le prime volte, ma lo si dovrà incoraggiare a continuare gli esercizi per una buona ripresa funzionale delle prime vie digestive. Se si noteranno particolari problemi, si dovrà prevedere l'intervento della logopedista.

Si procede alla rimozione del SNG se non ci sono problemi e/o complicanze.

La masticazione e la ripresa graduale dell'alimentazione saranno tenute sotto osservazione.

La sera precedente la rimozione del SNG, si farà assumere al paziente un pasto abbondante, in un tempo adeguato alla quantità di cibo da introdurre.

Il mattino successivo il paziente verrà tenuto a digiuno ed idratato per e.v. in attesa dell'esito della prova dell'acqua.

Se tale esito sarà positivo, si inizierà la graduale ripresa dell'alimentazione per via naturale.

L'infermiere assiste al primo pasto, per controllare e condividere col paziente un momento che è vissuto da questi come una delle prime tappe per il ritorno alla "vita normale".


A poco a poco il paziente tornerà ad assumere normalmente i cibi usuali. Alcuni si troveranno meglio a deglutire i liquidi, altri i cibi solidi, alcuni troveranno più agevole deglutire zuppe frullati, altri cibi a diversa consistenza: in ogni caso, il (logopedista ed il dietista) l'infermiere aiuterà il paziente nella scelta del cibo più adatto.

Si continua a monitorizzare i parametri sopradescritti, soprattutto in questa fase di "transizione", in cui a volte è necessario integrare l'alimentazione per os con specifici prodotti, se il calo ponderale o l'introito proteico fosse in diminuzione importante. Se anche l'idratazione risulta insufficiente si provvede ad integrare infondendo liquidi e.v.

Talvolta la perdita dell'appetito può risultare problematica per il paziente che non avverte lo stimolo della fame a causa della condizione di stress e fatica.

Inoltre è presente un'alterazione del gusto e dell'olfatto, l'aria infatti passando direttamente attraverso la trachea non va a stimolare le terminazioni olfattive e quindi anche la funzione del gusto ne risulterà modificata.

Al paziente avrà bisogno di tempo per abituarsi alla sua nuova condizione.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

Raccomandazioni al paziente

Rammentargli l'importanza di nutrirsi bene in questo periodo.

Adeguata alimentazione significa apporto sufficiente di kcal e proteine per prevenire la perdita di peso ed per favorire l'ottimale rigenerazione dei tessuti ed un pronto recupero delle energie..

Consigliare il consumo di pasti piccoli e frequenti.

Un paziente ben nutrito risponde più velocemente al trattamento.

L'infermiere a conoscenza di tali problematiche terrà presente l'importanza delle stesse per una ottimale riuscita dell'intervento e per una rapida ripresa del paziente, terrà quindi conto dell'importanza dell'educazione sanitaria da erogare, mantenendo un continuo aggiornamento professionale.

Protocollo infermieristico Nutrizione parenterale

Introduzione

Molteplici sono le motivazioni che inducono a preferire la via enterale rispetto all'endovenosa (Nutrizione Parenterale / N.P.), dalla funzione che i nutrienti hanno sul trofismo della mucosa intestinale e sul ruolo che quest'ultima svolge quale barriera nei confronti della traslocazione batterica, alla maggior sicurezza e facilità di somministrazione, al minor rischio di complicanze oltre ad un costo decisamente inferiore.

Solo qualora ripetuti tentativi di NE non fossero fruttuosi si deve porre indicazione alla NPT.


PROTOCOLLO NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE (N.P.T.)

Definizione

Somministrazione per via endovenosa, tramite un catetere venoso centrale, di un'infusione contenente glucosio, aminoacidi, lipidi, elettroliti, vitamine, oligoelementi, in quantità sufficienti a soddisfare le richieste energetiche dell'organismo e ad impedire il catabolismo al fine di prevenire o correggere la malnutrizione e i suoi esiti. Indicata solo se la nutrizione enterale (N.E.) anche parziale non è attuabile.

MATERIALE OCCORRENTE:


- ° Sacche preconfezionate (farmacia) secondo prescrizione medica
- ° Deflussore per pompa volumetrica.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

- ° Pompa volumetrica.
- ° Filtro antibatterico di calcio da 0.22 micron per miscele senza lipidi e da 1.2 per miscele con lipidi.
- ° I lipidi devono essere eventualmente aggiunti a parte.
- ° Garze sterili, disinfettante per la connessione al rubinetto (attenzione) del lume del CVC.

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE:

- ° Controllare che la sacca coincida con la prescrizione medica
- ° Controllare l' integrità della sacca, la limpidezza del contenuto, che sia stata al riparo della luce e da fonti di calore. Scartare soluzioni torbide e/o manomesse
- ° Controllare se presenti precipitati prima e durante l'infusione: l'aggiunta eventuale di elettroliti(calcio, fosforo) può portare alla formazione di precipitati.
- ° Lavarsi accuratamente le mani.
- ° Connettere la sacca al deflussore
- ° Inserire la sacca col deflussore nella pompa volumetrica..
- ° La NPT andrebbe connessa ad un lume del CVC a lei riservato e in cui non andrebbe somministrato altro (farmaci ecc.). Più si manipola il rubinetto/lume, più aumentano i rischi di colonizzazione/infezione.
- ° Disinfettare accuratamente il rubinetto (lasciarlo a "bagno" nel Betadine).
- ° Connettere il set d'infusione in maniera sterile al CVC.
- ° Calcolare la velocità d'infusione (ML/H) in relazione al tempo e alla quantità sec. prescrizione medica
- ° Controllare l'andamento dell'infusione ed eventuali modificazioni
- ° Cambiare il deflussore ogniqualvolta si inizia una nuova sacca.
- ° Gestione del CVC sec. i protocolli

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

PREVENZIONE O RILEVAZIONE PRECOCE DELLE COMPLICAZIONI:

° Ipoglicemia: da elevata somministrazione d'insulina, da apporto glucidico insufficiente, da sospensione o riduzione della N.P.T.

- Rilevare i parametri vitali, valutare lo stato di coscienza, controllare se presente sudorazione, astenia, senso di fame, tremori, agitazione. Controllare la glicemia

° Iperglicemia: da eccessivo apporto di glucosio e insufficiente apporto d'insulina.

- Rilevare i parametri vitali, controllare se presente cefalea, poliuria, alito acetoneo, confusione, letargia. Controllare glicemia o glicosuria.

° Iperidratazione: per apporto eccessivo di liquidi.

- Usare sempre la pompa con allarmi inseriti, eseguire sempre un accurato bilancio dei liquidi, rilevare i parametri vitali tra cui la P.V.C., controllare l'eventuale presenza di distensione delle vene del collo, dei rantoli, dell'aumento delle secrezioni respiratorie, dell'ipertensione e riferire al medico.

° Sepsis: da contaminazione delle soluzioni, delle linee infusionali, del C.V.C.

- Rilevare se presente febbre, brividi, tachicardia, se il punto d'inserzione del

C.V.C. è arrossato o se sono presenti secrezioni. Non infondere la stessa sacca

per più di 24 ore. Ogni 24 ore cambiare le linee d'infusione. Rispettare

rigorosamente le norme d'asepsi ad ogni cambio di sacca e dei deflussori.

Medicare ogni 48 ore o sec. necessità.

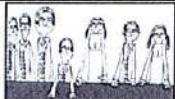
POSIZIONAMENTO E MANTENIMENTO DEI C.V.C.

PROTOCOLLO:

° Preferire un catetere a lume singolo a meno che non ci siano indicazioni specifiche per un catetere multilume.

° Disinfettare il sito di introduzione preferibilmente con soluz. di clorexidina in acqua al 2%(se disponibile), e inserire il catetere sterilmente

° Applicare una medicazione asciutta nel punto di inserzione.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	PRO - 04 Rev. 02 del 09.06.2022
	Protocollo infermieristico per la nutrizione enterale e parenterale	

° Cambiare la medicazione 3 volte a settimana (es. lun.-merc.-ven.) usando clorexidina (possibilmente) come disinfettante locale. Il punto d'inserzione deve essere accuratamente esaminato per rilevare ev. segni d' infiammazione, umidità o sangue. Rimuovere il catetere se c'è del pus.

° I set d' infusione, i tappini andrebbero sostituiti ogni 24 ore.

° Evitare al minimo l' impiego di rubinetti e le manipolazioni delle linee d' infusione.

° Se si sospetta una infezione da CVC, cambiare il catetere col filo-guida, coltivare il segmento distale (almeno 5 cm.) del catetere originario e prelevare emocolture.

° Rimuovere il catetere se la coltura del precedente CVC é positiva. Se il paziente è febbrile o c'è il sospetto che possa essere settico ed ha in situ un CVC da più di 72 ore, cambiare col filoguida il catetere e coltivare il catetere rimosso.

° Il tempo di permanenza di routine di un CVC dovrebbe essere di 7 gg., anche se non ci sono lavori che lo dimostrano.

Intensive Care Med (1995) 21:177-183

EPARINIZZAZIONE DEI C.V.C.

EPARINA 10 U./ml.(1000 U = 0.2 ml. in 100 ml di NaCl 0.9%)

ATTENZIONE QUANDO IL LUME DEL CVC VIENE RIATTIVATO ASPIRARE SEMPRE PRIMA DI INIETTARE !!!

NEI PAZIENTI CON PROBLEMI DI COAGULAZIONE SI DEVE DISCUTERE SE AGGIUNGERE O MENO L' EPARINA ALLA SOLUZIONE.

LO STESSO VALE QUANDO SI POSIZIONA UN C.V.C.

Revisione

Il presente protocollo è sottoposto a revisione ogni tre anni ovvero ogniqualvolta si renda necessario.