PROTOCOLLO per la GESTIONE della ALIMENTAZIONE e IDRATAZIONE in RSA e CDI

1. SCOPO

Le finalità di questo protocollo assistenziale sono di garantire uniformità e continuità all'attività sanitaria-assistenziale e di garantire una personalizzazione degli interventi.
Il protocollo raccoglie un insieme omogeneo di procedure operative sui criteri e le modalità di somministrazione di alimenti e bevande agli ospiti. La procedura di raccolta dati è quella riferita agli anziani non autosufficienti, a quelli disfagici o alimentati *con PEG/SNG* o caratterizzati da particolari quadri clinici.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica a tutti gli utenti che afferiscono o potrebbero usufruire al servizio di RSA, CDI
Il protocollo è destinato a tutti gli operatori assistenziali, infermieri, fisioterapisti, medici, animatori/educatori, dietista.

3. MODALITÀ OPERATIVE

Una corretta alimentazione è un fattore importante per il mantenimento della salute dell'individuo di qualsiasi età. Ciò è ancora più vero nell'anziano dove l'equilibrio tra i fattori psicologici relativi alla qualità di vita e quelli fisici, che determinano lo stato di salute, sono ancora più stretti. Disagi bio-psicosociali rappresentano infatti un fattore di rischio per la compromissione dello stato nutrizionale fino alla malnutrizione.
Fondamentale è il riconoscimento delle forme di malnutrizione anche in forma iniziale e l'individuazione dei soggetti più a rischio per poter avviare un programma di intervento dietetico mirato, per correggere o rimuovere eventuali causali o aggravanti: vanno individuate quindi per ogni singolo ospite eventuali alterazioni dei bisogni di base e/o le patologie influenzanti il bisogno di alimentazione e idratazione.

PRINCIPI DI BASE DELL'ALIMENTAZIONE E DELL'IDRATAZIONE, STANDARD E MOTIVAZIONI SCIENTIFICHE

L'alimentazione e l'idratazione, come già citato, sono alla base di un mantenimento ottimale delle funzioni dell'organismo. Anche nella persona anziana il soddisfacimento di questo bisogno riveste un ruolo importante soprattutto perché l'anziano può essere portatore di patologie medio – gravi che, limitando il suo stato cognitivo, alterano la percezione di tale bisogno.
È fondamentale quindi che la dieta nella persona anziana non solo sia qualitativamente e quantitativamente adeguata e bilanciata come di seguito specificato, ma anche che siano messi in atto tutti gli interventi assistenziali (ad esempio: mantenimento della postura corretta, disposizione di cibi e bevande sulla tavola in modo che siano accessibili, porzionatura dei cibi corretta dal punto di vista calorico e della consistenza); necessari a garantirle la possibilità di alimentarsi e idratarsi in modo completo e costante quali che siano i deficit che limitano la sua capacità di provvedere da solo a soddisfare tali bisogni.

Con il soddisfacimento del bisogno di alimentazione e idratazione una persona è in grado di mantenere in buono stato tutto l'organismo: la cute, prima barriera agli attacchi esterni; il sistema immunitario, importantissimo per le difese dell'organismo dagli agenti esterni cui siamo costantemente esposti; il sistema osteoarticolare, sostegno dell'organismo e "corazza" per gli organi interni, adibiti, ognuno, a funzioni ben distinte, tutte necessarie allo stato di salute generale e al buon funzionamento del nostro corpo.
A tale scopo la distribuzione dei nutrienti deve essere bilanciata comprendendo tutti i valori nutrizionali che una dieta variata può offrire quotidianamente. Di seguito vengono citati i tipi di nutrienti e, per ciascuno di essi, standard e relativo razionale cioè motivazioni scientifiche che legittimano lo standard:

- **Proteine**. In generale sono essenziali perché costituiscono il materiale di "costruzione" di ogni componente del nostro organismo. Assumono la funzione di combustione solo in un secondo momento, nel caso in cui l'apporto energetico risultasse insufficiente.
  Standard: 10 – 15 % delle calorie totali. La dose raccomandata giornaliera è da calcolarsi moltiplicando circa 1,2 grammi di proteine per kg di peso corporeo.
  Razionale: I fattori specifici che nell'anziano condizionano la determinazione di tale standard possono essere: la perdita di molte proteine con l'eliminazione urinaria a causa di un mal funzionamento renale; la necessità di rigeneramento della cute a seguito di eventuali lesioni (più frequenti e probabili che in soggetti non anziani), quali, le lesioni da decubito, soprattutto nei soggetti cachettici o le sindrome da allettamento.

- **Carboidrati.** Forniscono l'energia sotto forma di zuccheri semplici o composti: monosaccaridi (glucosio e fruttosio); disaccaridi (maltosio e lattosio); polisaccaridi (amido, cellulosa, glicogeno). Sono contenuti in: frutta, verdura, pane e affini.
  Standard: 50 – 60 % delle calorie totali.

- **Grassi.** Forniscono energia; hanno funzione essenzialmente protettiva e termoregolatrice, garantiscono una riserva energetica.
  Standard: 30 – 35 % delle calorie totali.

Il nostro corpo è costituito per la maggior parte da acqua che aiuta il buon funzionamento delle cellule, le funzioni di interscambio, il trasporto delle sostanze nutritive e l'eliminazione di quelle di rifiuto. Importante è quindi introdurre liquidi con la dieta per reintegrare quelli perduti, mantenendo un giusto equilibrio idro-elettrolitico.

- Standard: almeno 1500 cc. di acqua nelle 24 ore.
- Razionale**:** si ritiene che almeno 30%-40% dei liquidi introdotti vengano espulsi, nell'arco delle 24 ore, attraverso la respirazione, la sudorazione.

Piano alimentare ed idrico in ASSC

Il menù semestrale elaborato in azienda recepisce i principi di una sana alimentazione promossa dal progetto regionale WHP. In sintesi i menù semestrali presentano nelle consumazioni ordinarie:
-pane a ridotto contenuto di sale e pane integrale
-biscotti e fette biscottate integrali come standard
-pasta e riso integrale, orzo, farro
-molteplici legumi in diverse preparazioni
-utilizzo di solo sale iodato sia nella preparazione che nel condimento successivo
-cospicuo utilizzo di pesce
-uova due volte alla settimana

In ASSC l'idratazione ed alimentazione nella giornata tipo viene così garantita:

- ore 8 - 8.30 colazione (no CDI, solo al bisogno)
- ore 10 circa idratazione con bicchiere di acqua (circa 200 ml), the caldo o bevanda fredda a secondo della stagione
- dalle h 11.30 distribuzione del pranzo per tutti gli altri ospiti dando precedenza agli ospiti disfagici con omogeneo e totalmente dipendenti (solo per il servizio di RSA)
- ore 15.30/16.00 circa distribuzione della merenda accompagnata da bevanda calda o fredda a secondo della stagione
- dalle ore 17.30 distribuzione della cena a tutti gli ospiti (come il pranzo)
- dalle ore 20.30/21.00 distribuzione della camomilla (solo per il servizio di RSA)

In estate o su indicazione medica viene potenziata l'idratazione, somministrando 1 bicchiere di acqua o similare anche:
- al momento del risveglio o poco prima dell'igiene delle h 8.00
- dalle h 14.30 con l'igiene e l'alzata dopo il riposo pomeridiano
- con la messa a letto serale (ore 20 -20.30circa)
- di notte al cambio del pannolino (secondo indicazioni personalizzate fornite dal medico).

ATTENZIONI DA PORRE IN ESSERE PER LA CONSUMAZIONE DEL PASTO

Nei servizi quali l'RSA, CDI o situazioni comunitarie il momento del pasto rappresenta un'occasione sociale, spesso l'unica di incontro e di curiosità. Il soddisfacimento dei desideri alimentari può così diventare un compenso emotivo al disagio generato dall'istituzionalizzazione parziale o totale, contribuendo a migliorare l'atteggiamento di ansia e di depressione: l'attenzione verso l'alimentazione dell'ospite può essere percepito come segno di affetto e premura nei suoi confronti.
Di seguito le raccomandazioni da seguire nella preparazione dei vari aspetti prima della consumazione del pasto:

Sala da pranzo
Gli spazi dedicati alla consumazione dei pasti devono essere adeguatamente ampi, areati, ben illuminati, confortevoli ed accoglienti.
La tavola deve essere apparecchiata in modo decoroso, confortevole e con tutto il materiale necessario, in modo da evitare che l'ospite debba interrompere il pasto.
In riferimento alle considerazioni di carattere psicosociale e relazionale si raccomanda di mantenere un'attenzione particolare alla "composizione dei tavoli", ovvero alla "predisposizione" di gruppi di anziani che siedono allo stesso tavolo, al momento del pasto, tale da tenere in considerazione, eventuali simpatie e antipatie.
Attenzioni che devono essere tenute presenti anche nel momento in cui l'ospite si alimenti nella propria camera di degenza o a letto. Condizioni però che devono essere condivise dall'équipe multi professionale.

Preparazione dell'utente
Prima della somministrazione di alimenti e bevande, assicurarsi che l'utente:

1) sia in posizione corretta per poter assumere gli alimenti:
   a) se al tavolo: sia comodamente seduto;
   b) se al letto: sia seduto o semi-seduto, avendo innanzi a sé un tavolino portatile, apparecchiato con tutto l'occorrente, in modo da non dover interrompere il pasto, stabile, capiente, regolabile e situato ad un'altezza adeguata alle condizioni dell'utente;
2) abbia le mani e il cavo orale puliti, in caso contrario provvedere al lavaggio;
3) nel caso sia portatore di protesi dentaria, questa sia pulita e ben posizionata in bocca.

Osservazione dell'utente
Durante l'assunzione dei cibi e delle bevande, osservare l'utente e valutare costantemente:

1) la sua autonomia nella capacità di portare il cibo e le bevande alla bocca;
2) la sua capacità di masticazione e deglutizione.

Valutazione di alimenti e bevande e durata delle fasi del pasto

1. Prima della somministrazione, verificare regolarmente che alimenti e bevande rispondano alle caratteristiche previste dal manuale HACCP
2. Gli operatori dovranno garantire:
   - la corrispondenza del pasto al regime dietetico previsto;
   - che i tempi necessari per la consumazione siano congrui alle autonomie dell'ospite
   - che gli alimenti non si raffreddino e nel caso si preveda con l'uso del microonde
3. Su indicazioni mediche il personale dovrà compilare le attività di tracciamento alimentare e liquidi al fine di consentire la valutazione dell'apporto calorico e del bilancio idrico
4. Garantire che i tempi delle fasi di porzionamento, somministrazione e consumazione dei cibi non siano tali da determinare il relativo raffreddamento e le caratteristiche ottimali della preparazione.

PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E PER LA DEFINIZIONE DELLE MODALITA' DI INTERVENTO

L'ingestione di cibo è la prima attività dalla quale l'uomo trae energia e piacere. La persona sana è in grado di indirizzare l'energia acquisita nelle sue diverse attività: il gioco, lo studio, le relazioni umane, il lavoro e il raggiungimento di uno status sociale.
La fame è un bisogno fisiologico di cibo, mentre l'appetito rappresenta una buona disposizione a mangiare, dipende dallo stato d'animo e coinvolge, a differenza della fame, il piacere di gustare alimenti e bevande.

I principali fenomeni di carenze dovuti ad alimentazione insufficiente sono:
- perdita di energia;
- dimagrimento;
- predisposizione alle infezioni;
- indebolimento del sistema immunitario;
- depressione.

La sete funge da regolatrice per l'ingestione di liquidi e si manifesta quando l'organismo avverte impoverimento idrico poiché è soggetto all'influenza della temperatura esterna, dell'umidità atmosferica, dell'attività lavorativa svolta e del tipo di cibo ingerito.
Un maggiore bisogno di acqua si riscontra in determinate malattie (influenza, intossicazione alimentare) che comportano perdita di liquidi attraverso la comparsa di febbre, vomito e diarrea.
Si parla di disidratazione quando non vengono introdotte sufficienti quantità di liquidi; alcuni dei sintomi più visibili che segnalano tale condizione possono essere: pelle flaccida e ruvida, mucose secche, voce flebile, lucidità alterata e apatia.
La persona anziana fragile, a causa di numerose possibili cause e condizioni psico-fisiche, è a rischio di tutti i problemi conseguenti ad alimentazione e idratazione insufficienti.

Il presente protocollo mira ad individuare in prima istanza le eventuali cause di una cattiva alimentazione e idratazione della persona anziana, al fine di stabilire ed attuare gli interventi o suggerimenti utili per soddisfare tali bisogni primari, limitando eventuali danni all'organismo altrimenti non completamente evitabili.
L'equipe professionale (medico, infermiere ed operatore assistenziale) attraverso le fasi del ***problem solving*** dovranno individuare in prima istanza le eventuali cause di una cattiva alimentazione e idratazione della persona anziana, stabilire ed attuare gli interventi utili per soddisfare tali bisogni primari, limitando eventuali danni all'organismo e valutare l'esito dell'intervento.
Gli strumenti a disposizione per valutare lo stato di salute alimentare ed idrico dell'ospite sono:
- Scala di valutazione nutrizionale MNA
- Osservazione;
- Valutazione multidimensionale di ingresso con il Pai Provvisorio parte A e parte B nella prima fase e poi il Pai;
- Diario infermieristico;
- Diario assistenziale;
- Tracciamento introito alimentare ed idrico,
- Aggregazione dei dati del punto precedente, su base mensile, per nucleo.

Modalità operative
Le modalità operative come già ricordato, sono quelle del "*problem solving"*, che si articola in 4 fasi:

Raccolta dati -> si intende l'evidenziazione di tutti quei dati oggettivi ricavati con la osservazione e le domande dirette (in caso di ospite orientato) relative al soddisfacimento del bisogno di alimentazione e idratazione.
Una buona raccolta dati prevede un'analisi accurata delle caratteristiche organiche dell'ospite e di tutto quello che visivamente è possibile valutare come ostacolo al soddisfacimento del bisogno.
Spesso con delle semplici domande e l'osservazione è possibile capire molte cose:
-Innanzitutto, lo *stato di coscienza* che può essere orientato nel tempo e nello spazio oppure no con semplici domande come - "Sa dirmi che giorno è oggi e in che anno siamo?"
L'attendibilità delle risposte facilita il rapporto assistenziale, un buon feed back utile nel percorso che ci troveremo ad intraprendere con il nostro assistito e la famiglia.

-domande legate alle *abitudini alimentari*, indirizzano l'operatore sullo stile di vita dell'assistito. Vi sono cibi che non gradisce? Ha allergie alimentari? Ecc.

-domande e *osservazioni della cute e delle mucose.*
L'analisi del cavo orale indirizza l'operatore sul tipo di alimentazione che l'ospite può assumere, delinea il grado di autonomia e attenzione che l'ospite dedica al cavo orale e quindi il grado di capacità di mettersi nelle condizioni igieniche ideali per poter soddisfare il bisogno di alimentarsi; occorre valutare quindi: struttura e conservazione delle arcate dentarie; presenza e stato di conservazione di protesi dentarie; pulizia del cavo orale; assenza / presenza di lesioni; stato delle mucose; presenza / assenza di denti
Una cute relativamente grassa e colorita, unghie e capelli in buone condizioni indicano un buon stato di idratazione e alimentazione;
La cute secca e pallida, nonché capelli e unghie in cattive condizioni, deboli e fortemente sciupati indicano un apporto nutritivo insufficiente o carente;

-Il grado di autonomia nel soddisfacimento degli altri bisogni assistenziali (*termoregolazione, respirazione, eliminazione, relazioni sociali), l'eventuale presenza di alterazioni fisiche e l'autonomia motoria* concludono la valutazione.

-osservazione e rilevazione dei dati sulla *struttura corporea e del peso.*
Soggetti sottopeso o obesi sono caratterizzati da alimentazione e idratazione non equilibrate, dipendenti, talvolta, da patologie concomitanti – alterazioni fisiche a carico del sistema gastro-intestinale, interventi chirurgici demolitivi, alterazioni vascolari, renali o epatiche ecc.
Il personale ASA OSS rileva il peso mensilmente (facendo la tara dell'abbigliamento) e riportandolo sulla modulistica assistenziale in loro possesso.
L'infermiere effettua la somministrazione del MNA.

Mini Nutritional Assessment (MNA)
L'MNA è uno strumento di valutazione e monitoraggio ideato allo scopo di individuare gli ospiti a rischio di malnutrizione. È uno strumento semplice e rapido per individuare gli ospiti anziani malnutriti o a rischio di malnutrizione prima ancora che subentrino gravi alterazioni ponderali o della proteinemia
Il test riporta i dati anamnestici in campo alimentare e psicologico/clinico degli ultimi 3 mesi, l'indice di massa Corporea (BMI). Il dato finale è qui rappresentato.

Valutazione dello Stato Nutrizionale
Da 24 a 30 punti → stato nutrizionale normale Da 17 a 23,5 punti → rischio di malnutrizione Meno di 17 punti → cattivo stato nutrizionale

Rilevazioni parametri bioantropometrici: formule per la misura della statura tramite l'altezza al ginocchio
- Statura uomini = (2,02 x altezza al ginocchio) - (0,04 x età) + 64,19
- Statura donne = (1,83 x altezza al ginocchio) - (0,24 x età) + 84,88
  n.b.: la misura dell'altezza al ginocchio è espressa in cm, l'età in anni

Altezza al ginocchio: L'altezza al ginocchio si misura con ginocchia e caviglie flesse a 90°, fra la superficie inferiore del tallone (sulla pianta del piede) e la faccia anteriore della coscia in corrispondenza dei condili femorali.
CB: circonferenza brachiale (braccio in cm) → punto medio: a metà distanza tra l'olecrano e l'acromion scapolare
CP: circonferenza del polpaccio (in cm) → nel punto di diametro maggiore del polpaccio

L'altezza con i parametri sopra viene rilevata dai fisioterapisti, mentre il test di MNA viene compilato dall'infermiera in fase di accoglienza o entro 24-36 h dall'ingresso in struttura.
Se il risultato determina stato di malnutrizione o a rischio, si attua immediatamente la rilevazione dell'introito alimentare ed idrico con i diari appositi a carico del personale assistenziale. Lo strumento è inserito nel Fasas elettronico.
Il test MNA verrà somministrato ad ogni rivalutazione del P.I. o PAI.

Nel momento in cui si rileva uno stato di malnutrizione o rischio si segnala subito al medico che valuterà per eventuale integrazione dietetica con alimenti freschi, preparati specifici e se necessario con la creazione di una dieta specifica da parte della dietista.

Definizione dell'obiettivo -> Gli obiettivi sono quelli che l'équipe multi professionale che progetta il PI e PAI si pone, in relazione ai problemi rilevati con la raccolta dati.

Interventi -> Gli interventi si basano sulle capacità residue dell'ospite e prevedono un interessamento parziale o totale dell'operatore. Sono gli atti che, materialmente, pongono l'ospite nelle condizioni di soddisfare il bisogno compromesso; nel nostro caso coincidono con la procedura specifica di alimentazione e idratazione più adeguata per l'ospite, in considerazione del suo problema e dei suoi specifici bisogni assistenziali. Gli interventi sono coerenti con gli obiettivi specifici stabiliti con riguardo all'alimentazione e all'idratazione e, come gli obiettivi, possono variare in relazione al cambiamento delle condizioni bio-psico-sociali dell'ospite.

Valutazioni -> Una volta messi in atto gli interventi stabiliti, è utile fare una verifica, una valutazione su quanto e come sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati. Valutazione fatta alla scadenza del PI e PAI.
Una valutazione positiva, oltre che dimostrare che gli obiettivi sono stati raggiunti e i bisogni dell'ospite sono stati soddisfatti, permettono agli operatori di valutare che il lavoro svolto è stato corretto e mirato.

Una valutazione negativa, oltre che dimostrare che gli obiettivi non sono stati raggiunti e i bisogni non sono stati soddisfatti, pone gli operatori dinnanzi alla necessità di ripetere il processo di "*problem Solving*", nel tentativo di capire se:
- la raccolta dati è avvenuta correttamente;
- i tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi erano corretti;
- gli obiettivi stessi erano raggiungibili;
- gli interventi proposti erano adeguati;
- tutti gli operatori hanno svolto correttamente il programma, seguendo i tempi e le attività previste.

RACCOMANDAZIONI ed ATTENZIONI PARTICOLARI

È bene ricordare che la persona malata non ha bisogno di pasti abbondanti, in quanto la ridotta attività fisica ne diminuisce il fabbisogno. Il cibo deve essere gradito e facilmente digeribile. Non è obbligatorio far coincidere i pasti della persona malata con quelli canonici (colazione, pranzo e cena), ma è molto importante lasciare che scelga, compatibilmente con le indicazioni dell'équipe, cosa e quando mangiare. Questo riveste ancora più rilevanza nei malatiin fase di fine vita.

Qualora la razione alimentare e idrica assunta per *os* si rivelasse insufficiente o inadeguata alle esigenze dell'anziano, l'eventuale supporto deve essere personalizzato con i fabbisogni stabiliti in base alle caratteristiche individuali e somministrato con modalità alternative (ricorso ad integratori alimentari, ecc) sempre secondo indicazioni mediche e/o specialistiche (diete speciali con supporto della dietologa)
I gusti della persona malata possono cambiare e ciò che piaceva qualche tempo prima in caso di malattia può non piacere più: è importante far capire ai familiari o caregivers di essere disponibili a cambiare le preparazioni senza accusarne troppo la stanchezza e senza responsabilizzare di questo il malato.

È importante che ai soggetti con malattie come **il Parkinson o la miastenia** grave vengano somministrati i farmaci in modo che raggiungano il picco d'azione durante i pasti.

Con utenti affetti da **morbo di alzheimer e/o demenza con disturbi comportamentali** è opportuno e corretto evitare l'infantilizzazione dell'utente, con conseguente senso di disagio che potrebbe essere fonte scatenante dei disturbi. A tal fine se non è più in grado di usare un coltello è meglio preparare prima il pasto già tagliato prima di offrirglielo. È necessario ricordare loro quale stoviglia è meglio usare o meglio porgli quella corretta. Se presenta wondering non obbligarlo a sedersi ma porsi di lato e servirgli il pasto (polpetta, crocchette, frutta come banana, ecc) o imboccarlo durante il cammino.

L'ambiente ed i modi devono essere sempre molto quieti e sereni, mai mettersi in opposizione ma utile risulta la convalida delle allucinazioni, pensieri, ossessioni fino a condurli ad altro argomento, distraendolo.

Nel caso di utenti con **stipsi, diabete o ipertensione**, previa indicazione medica e/o segnalata dai familiari, possono essere previste diete specialistiche personalizzate per periodi variabili e soggetti a rivalutazione.

In particolare, gli **ospiti diabetici** che non sono soggetti a dieta per diabetici specifica devono comunque seguire delle **indicazioni dietetiche.**
Si consiglia di:
- ridurre le porzioni, durante l'impiattamento dei carboidrati (pasta, riso)
- limitarne il consumo ad 1 bicchiere di vino durante il pasto.
- assumere acqua minerale e bevande non zuccherate o light.
- privilegiare primi piatti semplici con sughi poco conditi: pasta e riso meglio integrali, con pomodoro o pesce o verdure o legumi, in quantità moderate e cercando di evitare di accoppiare nello stesso pasto due amidacei (pane e pasta, o pane e riso, o pizza e pasta). Si ricorda che anche le patate ed il purè a livello nutrizionale fanno parte del gruppo degli alimenti amidacei, quindi apportano carboidrati. Le patate, consumate in sostituzione al primo piatto, sono da preferire bollite (non al forno) e servite fredde (es: patate con olio e prezzemolo).
- evitare zucchero ma utilizzare il dolcificante
- evitare il consumo di frutta molto ricca in zuccheri (come ad esempio banane, fichi, uva, datteri e frutta essiccata).
- limitare fortemente i carboidrati raffinati, gli zuccheri semplici e dunque tutti i prodotti che li contengono: dolci, biscotti, merendine, snack, pasta, pane e riso bianco, succhi di frutta e bevande zuccherate, marmellate, miele.
- a fine pasto dare caffè con dolcificante

Favorire perciò l'assunzione di:
- ortaggi e frutta, variandone i colori: verde (verdura), rosso (es pomodori), arancione (carote, arance),bianca (cavolo cappuccio, cavolfiore), viola (rapa). Consumarne 5 porzioni al giorno.
- pane integrale
- riso e pasta integrale
- fette biscottate integrali
- i legumi (fagioli, lenticchie, ceci, piselli, ecc.), almeno tre volte a settimana
- pesce almeno due porzioni alla settimana
- carni magre e bianche
- formaggi e latticini non più di 2 volte a settimana

A colazione può essere offerto:
-latte o caffè-latte senza zucchero o dolcificante
-thè con dolcificante

Per la merenda o l'idratazione può essere offerto:
-thè con dolcificante e per merenda con 3 biscotti integrali
-mousse
-frutta fresca

È comunque garantito, salvo indicazioni mediche diverse una fetta ridotta di dolce alla settimana. L'aspetto psicologico del senso di "privazione" se esasperato può divenire un componente di stress psicoclinico, quasi uno stato patologico che porta il soggetto a ricercare di tutto pur di rimuovere lo stato d'animo ed inficiando l'intervento messo in campo.

PROCEDURA PER L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE NEL SOGGETTO ANZIANO CON PARZIALE NON AUTOSUFFICIENZA

Per l'alimentazione e l'idratazione di un ospite autonomo o con un livello di non autosufficienza parziale, capaci cioè di alimentarsi e idratarsi in completa autonomia in tempi ragionevoli e senza rischio per la propria salute, è sufficiente che:
-Il servizio ristorazione, in collaborazione con il personale di reparto e nel rispetto dei menu concordati, prepari pasti completi costituiti da piatti stimolanti dal punto di vista visivo e, quindi, composti in modo gradevole anche esteticamente;
-il personale assistenziale prepari la tavola in modo che sia ben apparecchiata e confortevole e che l'ospite si sieda al posto che gli è stato assegnato, secondo le modalità già enunciate;
- il pasto deve essere servito secondo l'ordine sequenziale corrispondente a quello "classico" di un pasto italiano: primo, secondo con pane e contorno, frutta ed eventuale dolce, caffè;
- si assicuri che l'ospite possa provvedere all'igiene del cavo orale, con aiuto o meno, a seconda delle sue condizioni e capacità.
All'ospite va lasciato il tempo di alimentarsi con calma, tenendo conto che il completamento del pasto può durare al massimo un'ora.
Il personale assistenziale, mantenendo in ogni caso un atteggiamento disponibile, cortese e paziente, è chiamato a cercare di assecondare, nei limiti della normale ragionevolezza, le possibili esigenze o richieste particolari dell'ospite.

PROCEDURA PER L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE DEL SOGGETTO ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (IMBOCCAMENTO)

Per l'alimentazione e l'idratazione di un ospite totalmente o parzialmente non autosufficiente, incapaci cioè di alimentarsi e idratarsi autonomamente, in tempi ragionevoli e senza rischio per la propria salute, è necessario che il personale addetto all'assistenza:
- attui la preparazione, valutazione dell'ospite e dei bisogni e prepari la tavola tenendo conto delle indicazioni espresse nel documento;
-laddove sia possibile che conduca l'ospite in sala da pranzo, posizionandolo al posto che gli è stato assegnato;
-posizioni una bavaglia o tovagliolo per proteggere gli indumenti;
-accerti che i pasti e le bevande preparate dal Servizio Ristorazione siano adeguati alle sue condizioni o corrispondano a una dieta particolare;
-accerti della corretta temperatura degli alimenti
-durante l'imbocco l'operatore deve sedere a fianco dell'ospite in modo che i loro occhi siano alla stessa altezza, il pasto deve essere somministrato alternando il cibo a sorsi d'acqua o di vino (se l'ospite lo gradisce) e pulendo a seconda della necessità la bocca;
-mantenga un dialogo con lui durante l'assistenza, usando un tono dolce e paziente;
-monitori che l'ospite si sia alimentato correttamente ed in quantità adeguata;
-al termine del pasto provvede alla pulizia della bocca (igiene cavo orale) e se necessario del viso e delle mani.
Per quanto riguarda i tempi, valgono le stesse raccomandazioni e gli stessi tempi indicati nella procedura precedente.

PROCEDURA PER L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE DEL SOGGETTO ANZIANO CON DISFAGIA

Diretta agli ospiti non autosufficienti caratterizzati da diagnosi di disfagia ovvero che presentano difficoltà di deglutizione di liquidi, solidi o di ambedue.

La disfagia è la difficoltà a deglutire; si associa a molte condizioni neurologiche come trauma cranico, ictus, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, demenza, miastenia grave, sclerosi multipla e malattie del motoneurone. Inoltre può manifestarsi in soggetti anziani sani a causa di modificazioni dell'orofaringe dovute all'età e in soggetti con un deficit neurologico subclinico. La disfagia può anche dipendere dall'uso di alcuni farmaci. È molto importante che gli operatori e gli infermieri di una struttura sappiano riconoscere i fattori di rischio e i principali segni di disfagia e che facciano, quando è necessario, la richiesta per ulteriori valutazioni. In quest'ambito l'infermiere ha il compito di osservare, valutare, controllare e riferire. Per riconoscere precocemente i problemi di deglutizione è necessario sapere quali sono i fattori di

rischio e i segni della disfagia, oltre che osservare il comportamento dell'ospite durante l'assunzione di pasti e bevande, la dieta e i segni di un'adeguata nutrizione e idratazione.
È importante ricordare che i soggetti che aspirano liquidi o alimenti non sempre presentano segni di disfagia.

Fattori di rischio per la disfagia
I fattori di rischio sono:

- soggetti con trauma cranico, ictus cerebrale, malattia di Alzheimer, demenza, malattia dei nervi cranici, malattia della giunzione mio neuronale o dei muscoli della deglutizione come morbo di Parkinson, sclerosi amiotrofica laterale, sclerosi multipla, miastenia grave, distrofia muscolare e malattie del motoneurone;
- alterato livello di coscienza;
- riduzione delle abilità cognitive;
- riduzione della soglia di vigilanza e di attenzione;
- aumento dell'impulsività e dell'agitazione;
- uso di farmaci come psicotropi, neurolettici, antidepressivi e anticolinergici;
- iperestensione del collo o contratture;
- ricostruzione di faccia e collo;
- anossia cerebrale;
- intubazione prolungata;
- età avanzata,
- problemi di eloquio.

Segni e sintomi della disfagia
I segni e sintomi della disfagia possono essere distinti in:

a. *generali* di solito presenti e non legati al cibo, come la difficoltà nel gestire le secrezioni orali, perdita di saliva o di cibo dalla bocca; l'assenza o debolezza di tosse o di deglutizione volontaria; cambiamenti nel tono e nella qualità della voce; la riduzione dei movimenti della bocca e della lingua; protrusione della lingua, riflessi orali primitivi; schiarimenti della gola frequenti; cambiamenti del modo di alimentarsi; perdita di peso o disidratazione; frequenti infezioni toraciche.
b. Presenti solo *quando si mangia e si beve* come:
    - Inizio della deglutizione con lentezza o ritardo nel deglutire (oltre 5 secondi);
    - Masticazione o deglutizione scoordinate;
    - Deglutizioni multiple per ogni boccone;
    - Stasi del cibo nelle guance;
    - Rigurgiti orali o nasali di cibo o liquidi;
    - Monitoraggio saturazione durante l'alimentazione per sospetto di micro inalazioni silenti, cioè senza segni (prova positiva se la saturazione scende del 2% → 2 punti rispetto al basale);
    - Aumento del tempo necessario per mangiare e bere;
    - Tosse e starnuti durante e dopo il pasto.
c. *a seguito del pasto e dopo aver bevuto* es. voce rauca ed umida; stanchezza; cambiamenti nel modo di respirare.

Per l'alimentazione e l'idratazione di un ospite disfagico il personale infermieristico o assistenziale deve:
-garantire l'igiene orale;
-assicurare ambiente tranquillo;
-verificare lo stato di coscienza e abilità dell'individuo nel comunicare difficoltà a deglutire, mentre si alimenta;
-correggere la secchezza delle fauci;
-posizionare correttamente l'ospite:

- ospiti senza danni neurologici: mettere seduto in posizione eretta, con flessione di anca e ginocchio ad angolo di 90°, piedi appoggiati su un sostegno, tronco e testa in linea mediana;
- ospiti con danni neurologici: mettere l'ospite in posizione semiseduta e inclinare il capo leggermente dalla parte non colpita, ruotandolo verso il lato non colpito;

-garantire la sicurezza nell'alimentazione e nell'idratazione attraverso somministrazione di: liquidi densi, dieta omogenea semisolida o tritata e cibi con caratteristiche sensoriali aumentate (cibi freddi, dolci o acidi);

-aumentare l'apporto calorico per compensare la ridotta assunzione di alimenti e l'aumentato sforzo fisico della persona disfagica;
-evitare liquidi troppo fluidi, cibi con consistenza mista, cibi secchi friabili, cibi filamentosi e adesivi, con semi, cibi con lunga masticazione;
-controllare che non siano presenti residui di cibo, fare tossire e schiarire la voce più volte e favorire l'igiene orale;
-monitorare la quantità di cibo e di liquidi ingeriti al fine di individuare precocemente problemi di malnutrizione;
-monitorare i rumori respiratori ed eventuali alterazioni visibili dell'ospite per identificare segni di aspirazione.
Raccomandazioni e tempi
Si raccomanda di: garantire ambiente idoneo, non far parlare l'ospite mentre si alimenta, dare mezzo cucchiaio di cibo o 10-15 ml di cibo per volta, garantire tempi adeguati all'alimentazione e idratazione del soggetto, alternare cibi e liquidi, incoraggiare il riflesso della tosse dopo la deglutizione. Al termine del pasto, mantenere l'individuo alzato o semi seduto per circa 30 minuti. Rivalutare periodicamente l'abilità nella deglutizione.
L'utilizzo dello schizzettone è di competenza infermieristica e del personale OSS solo su indicazione medica.

Indicazioni per la preparazione e l'utilizzo dell'acqua gel:
- la preparazione può essere eseguita la sera.
- il preparato deve essere contenuto in brocche dotate di tappo e conservato in frigorifero.
- su ogni brocca deve essere indicata la data di preparazione (potete utilizzare un foglio di carta ed attaccarlo con lo scotch e rimuoverlo a fine giornata)
- la bevanda gelificata dovrà essere utilizzata entro la giornata successiva.

È fatto divieto assoluto preparare la bevanda giorni prima ed utilizzarla oltre il termine indicato sopra.

VADEMECUM PASTI
È in uso uno strumento di tracciamento delle situazioni particolari, ad esempio per annotare che un utente è disfagico, diabetico, assume acquagel, ecc.
Si tenga presente il seguente schema operativo:

1. Il medico deve annotare in CBA, tra le patologie, la disfagia e deve fare un diario+consegna che attesti eventuali modifiche in ambito alimentare.
   Perché gli operatori non entrano nelle patologie, ma vedono le consegne
2. L'aggiornamento del vademecum pasti è la ristampa da file con tutti i dati correnti: è fatto minimo 1 volta alla settimana;
3. Le modifiche del vademecum sono le variazioni, annotate a penna, che intervengono tra un aggiornamento e l'altro, controfirmate e datate
   a. Sono sollecitate da asa/oss, medico, infermiere
   b. Sono fatte da infermiere
4. L'infermiere è la figura che fa le modifiche, quando è necessario, per variazioni intervenute della situazione dei residenti/utenti, e le comunica ad asa/oss
5. L'asa/oss assume le informazioni del vademecum, lo usa ogni giorno, lo tiene sul carrello dispensa durante le somministrazioni dei pasti
6. Ogni settimana il vademecum pasti è rivisto durante le riunioni di nucleo
   a. Il coordinatore infermieristico raccoglie le variazioni, modifica lo strumento e lo aggiorna, ristampandolo e lo divulga
   b. In assenza della riunione di reparto, l'infermiere chiede minimo una volta alla settimana al medico di rivedere il vademecum
   c. In questa occasione può essere quindi anche essere ristampato aggiornato e divulgato
7. I vecchi vademecum stampati, che hanno raccolto le modifiche a penna, in occasione dell'aggiornamento sono scansionati ed allegati con diario su utente TEMATICO VADEMECUM PASTI, poi sono eliminati, dall'infermiere
8. Per il centro diurno, l'infermiere del centro diurno, una volta alla settimana (venerdì) rivede il vademecum pasti, lo aggiorna, stampa e divulga e archivia i cartacei precedenti che hanno raccolto le modifiche a penna su TEMATICO VADEMECUM PASTI.

GESTIONE DELLA GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA (PEG) E NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE

Solo per OSS (solo in collaborazione infermieri), infermieri, medici

La gastrostomia percutanea endoscopica è l'introduzione di alimenti nello stomaco o nell'intestino saltando il primo tratto dell'apparato digerente (cavità orale, esofago). L'alimentazione segue perciò le normali vie di assorbimento dei principi nutritivi utilizzando a questo scopo una sonda posta per via endoscopica nello stomaco o nell'intestino.
L'alimentazione artificiale in molte condizioni patologiche si è resa necessaria per assicurare un adeguato apporto nutrizionale e permettere una migliore qualità di vita.
Fino ad oggi le modalità utilizzate erano:

- Nutrizione Parenterale Totale (NPT): ovvero l'introduzione di sostanze nutritive direttamente nel circolo ematico, per mezzo di catetere venoso inserito in una vena di grosso calibro, nei casi in cui l'apparato digerente non può essere utilizzato. Risulta di difficile gestione, soprattutto a domicilio, ed è gravata da numerose complicanze quali: sepsi, atrofia intestinale, immunodepressione e, non ultimo, costi di gestione piuttosto elevati.
- Nutrizione enterale (NE): ovvero l'introduzione di sostanze nutritive nel tratto gastrointestinale tramite sonda. Si applica a quei pazienti che pur non potendo assumere gli alimenti per via naturale, hanno conservato la funzionalità parziale o totale dell'apparato digerente.

Può avvenire tramite:

- Sondino naso-gastrico (SNG) che rappresenta ancor oggi la scelta d'elezione in molte realtà per la sua facilità di applicazione e di gestione. Non esistono però studi sulla sua accettabilità da parte dell'ospite e le complicanze derivanti dal suo utilizzo sono spesso sottostimate
- Gastrostomia chirurgica che consiste nella applicazione chirurgica di una sonda che collega lo stomaco all'esterno. In questo caso, alla mortalità correlata alla patologia di base che è piuttosto alta, si aggiungono i rischi connessi all'intervento chirurgico, senza dimenticare costi piuttosto elevati
- Digiunostomia chirurgica, in cui, rispetto alla precedente, cambia solamente la sede di applicazione della sonda
- La PEG che è il modo più naturale e sicuro per gestire un'alimentazione artificiale. La PEG viene applicata a pazienti che non possono alimentarsi o non mangiano a sufficienza e in cui sia stata ravvisata la necessità di un'alimentazione enterale per un periodo di tempo superiore ad un mese.

Le indicazioni più frequenti sono:

a. patologie locali dell'orofaringe, dell'esofago e del mediastino che si distinguono in:
   - estrinseche: localizzazioni neoplastiche del mediastino,
   - intrinseche: stenosi peptiche, neoplasie, diverticoli, lesioni da caustici.
b. patologie a carico del s.n. centrale e periferico quali: M. di Parkinson, Sclerosi Multipla, Vasculopatie cerebrali, Rabbia, Botulismo, M. di Alzheimer, Sindrome pseudo-bulbare. In questi casi mancando il riflesso della deglutizione dell'ospite può incorrere nell'aspirazione di cibo nelle vie aeree con conseguente polmonite "ab-ingestis".

Miscele Nutritive

L'alimentazione può iniziare (se c'è la normale peristalsi) dopo 2 ore dal posizionamento della PEG, se avviene in maniera continua tramite pompa di infusione; deve iniziare dopo 24 ore se avviene per caduta o ad intermittenza.
Nei componenti delle miscele nutritive, potendo subire in tutto o in parte i normali processi digestivi, possono essere utilizzati nella forma più complessa (alimenti naturali o idrolisati) rispetto alle miscele per NPT.
Esistono fondamentalmente tre tipi di miscele nutritive per NE:

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

- artigianale, nella quale gli alimenti sono liofilizzati od omogeneizzati, in forma liquida o semiliquida
- industriale, in cui i preparati sono già disponibili in commercio. Essi hanno una composizione nota, equilibrata, garantiscono un apporto completo dei vari elementi nutritivi, vitaminici, elettrolitici, oligoelementi ed acqua; sono più omogenei e fluidi (richiedono sonde di calibro sottile), e più sicuri per quanto riguarda la contaminazione.

Diete chimicamente definite

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

Diete modulari o specifiche utilizzate per soddisfare esigenze nutrizionali legate a particolari patologie, come insufficienza epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria.

Modalità di Somministrazione
Esistono varie tecniche di somministrazione la cui scelta dipende dalle condizioni cliniche dell'ospite e dalle possibilità anatomiche e funzionali dell'intestino.
a. Intermittente
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, pur essendo la più vicina alla nutrizione fisiologica oltre che lasciare autonomia all'ospite, è quasi abbandonata perchè ha notevoli effetti collaterali, specie di tipo addominale: distensione gastro-addominale, nausea, reflusso gastro-esofageo, ab ingestis, diarrea da contaminazione.
b. Continua
Con questa tecnica si diminuiscono le manipolazioni delle miscele nutritive, si allunga il tempo di assorbimento migliorandone la capacità.
Rispetto alla modalità precedente limita molto l'autonomia dell'ospite che spesso tende all'immobilità causata sia dalle sue condizioni che dalla dipendenza dalla linea infusionale. 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). La somministrazione può avvenire:

- con pompa infusionale**.** Essa garantisce la costanza del flusso, evita problemi legati alla eccessiva velocità del flusso; in alcuni pazienti è indispensabile nelle prime fasi della Nutrizione Enterale per abituare l'intestino al cambiamento;
- per caduta (goccia a goccia)

Assistenza all'ospite durante la Somministrazione della Nutrizione Enterale
È necessario lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone prima di iniziare la preparazione degli alimenti.
Se 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 può essere necessario preparare la dose per il pasto o la dose giornaliera, mescolando 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; le norme igieniche devono essere assolutamente rispettate.
Terminata la preparazione degli alimenti, si farà assumere all'ospite la posizione semi seduta, per facilitare la somministrazione del preparato (sollevando la testiera del letto o utilizzando alcuni cuscini) mantenendo tale posizione per almeno un'ora dal termine del pasto onde evitare pericolosi rigurgiti gastroesofagei.
Si dovrà controllare inoltre:

- l'esatta posizione della PEG, verificando la sede della tacca al suo esterno
- la quantità di residuo gastrico
- prima di ogni pasto, se la somministrazione è intermittente
- ogni 3-5 ore, se continua

Se il residuo gastrico è superiore a 100 cc, interrompere la somministrazione per 1-2 ore se per bolo, rallentare ulteriormente 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 l'ospite 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

Lavare la sonda prima e dopo ogni somministrazione intermittente 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.
I farmaci non devono essere mescolati con gli alimenti, ma somministrati a parte. Sono preferibili i farmaci in forma liquida, ove ciò non sia possibile, frantumare le compresse, somministrarle una alla volta con acqua, irrigare con 5cc di acqua tra un farmaco e l'altro, quindi risciacquare la sonda.
Registrare giornalmente la quantità di soluzione nutritiva somministrata e settimanalmente il peso corporeo (se le condizioni dell'ospite lo permettono).
La pulizia giornaliera del cavo orale è altresì importante, poiché venendo 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.

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.
Inoltre, la medicazione va cambiata una volta al giorno per la prima settimana, medicare a giorni alterni per 8-10 giorni, poi medicazioni settimanali. Se le garze della medicazione si bagnano più frequentemente, sostituirle al bisogno onde evitare macerazioni cutanee. Se c'è spandimento di secrezione gastrica lavare la cute attorno la stomia, semplicemente con acqua e/o sapone liquido, effettuando movimenti a spirale a partire dal punto di inserzione verso l'esterno. Asciugare bene la zona, quindi disinfettare. Se la protesi è ancorata con un triangolo o un cerchietto di bloccaggio, pulire con accuratezza e delicatamente la cute sottostante. Eventuali incrostazioni attorno alla stomia possono essere rimosse con H_2O_2 a 10 volumi.
Controllare la posizione della sonda tramite le tacche presenti sulla sua superficie; evitare di esercitare trazione sulla sonda (es. durante le manovre di mobilizzazione) ancorandola alla parete addominale con un cerotto.
Settimanalmente far compiere dei giri di rotazione completa alla sonda o al bottone per verificare il corretto posizionamento della "cipolla" di ancoraggio. Se si avverte resistenza, indice di dislocazione della sonda, interrompere l'alimentazione, avvisare il medico perché può essere necessario un controllo endoscopico della sua posizione.

Controindicazioni
Le controindicazioni all'applicazione di una PEG sono costituite da: sepsi, dialisi peritoneale, coagulopatie, precedenti interventi demolitivi allo stomaco, estese cicatrici addominali. Tali controindicazioni non sono però da considerarsi in modo tassativo: l'unica assoluta è rappresentata dall'impossibilità di un corretto contatto tra la parete gastrica e quella addominale da valutarsi con la transilluminazione e con la visualizzazione endoscopica dell'ago della siringa con cui, in corso di applicazione, si effettua l'anestesia della parete gastrica. In molti casi la PEG si è rivelata essere un presidio determinante nel migliorare la qualità di vita residua, poiché pur avendo alcune patologie di base una lenta evoluzione, permette di correggere il deficit nutrizionale ad esse correlato in modo più fisiologico.

Complicanze Locali più Frequenti
a. Allargamento della stomia.
Non è un'eventualità frequente, si manifesta con la perdita di succo gastrico. Pulire accuratamente la cute attorno la stomia, applicare una medicazione, da sostituire ogniqualvolta si presenti umida. Utile può risultare l'applicazione di pomate o paste che creino una barriera protettiva sulla superficie cutanea.
Potrebbe rendersi necessaria la sostituzione della sonda.
b. Arrossamento ed irritazione cutanea.
La causa più frequente è rappresentata dalla fuoriuscita di materiale gastrico; altre cause potrebbero essere di natura allergica (ad es.ai saponi o alle creme utilizzate). Pulire con acqua tiepida e cambiare il tipo di detergente usato, può essere utile l'uso dei prodotti a rotazione.
c. Ostruzione della sonda.
L'insufficiente pulizia può provocare a lungo tempo la formazione di coaguli organici sulla parete della sonda. Anche un eventuale reflusso di succo gastrico che viene 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 30 cc di Coca Cola o acqua gassata o acqua e bicarbonato.
Se non si riesce a disostruire la sonda, avvisate il medico o il servizio che ha applicato la peg

d. Rimozione accidentale della peg

Gli ospiti in stato confusionale possono accidentalmente strapparsi il tubo. Nel caso di una completa rimozione, coprire la fistola con una garza, mantenere l'ospite a digiuno, avvisare il medico. Se il riposizionamento della PEG non può avvenire in tempi brevi, sospendere del tutto l'alimentazione enterale ed applicare un catetere tipo Foley che mantenga pervio il tratto fistoloso (facilitando così le manovre di reinserimento di una nuova PEG). Solo personale ritenuto capace di un ottimo posizionamento da parte della Direzione Sanitaria potrà riposizionare immediatamente la sonda Peg a palloncino.

Complicanze Generali più Frequenti

a. Disturbi gastro-intestinali.

- Nausea e vomito. Si presenta nel 10-20% dei casi, in caso di nausea non forzare l'alimentazione ma sospenderla momentaneamente, se questa persiste ridurre la quantità del preparato da somministrare ed aumentare la frequenza dei pasti. Se compare vomito interrompere l'alimentazione e riprenderla gradualmente (25-30 cc/ora) dopo un'ora. Qualora il vomito persista avvisare il medico.
- Diarrea. È la complicanza più frequente. La diarrea riduce l'assorbimento favorendo la malnutrizione, la facilità a contrarre infezioni, il rischio di sviluppare lesioni da decubito, la perdita di elettroliti e liquidi con conseguente disidratazione. Può essere causata da intolleranza al lattosio contenuto nei preparati (usare preparazioni prive di tale sostanza), dalla contaminazione degli alimenti (rispettare la corretta igiene nella preparazione e conservazione degli alimenti) dall'elevata osmolarità delle miscele nutritive (usare preparazioni iso-osmotiche) dalla velocità di somministrazione troppo elevata (controllare la velocità) dalla temperatura fredda della miscela (portarla a temperatura ambiente prima dell'uso). La persistenza di diarrea per più di 1-2 giorni necessita di valutazione clinica da parte del medico.

b. Ulteriori complicanze

Piuttosto rare, sono: emorragie gastro-intestinali, sepsi, perforazione intestinale, ascesso della parete addominale. Segnalare al medico l'insorgenza di sintomi o segni particolari per gli opportuni provvedimenti.

CONSERVAZIONE DEL CIBO PROVENIENTE DALL'ESTERNO

Presso il CDI ed i nuclei di RSA, possono arrivare le torte di compleanno o similari, gelati che i familiari portano per festeggiare il loro congiunto.
I cibi come torte, dolcetti, ecc. devono essere confezionati o di pasticceria. In quest'ultimo caso però è necessario che i familiari si facciano rilasciare dalla pasticceria un documento in cui siano indicati gli ingredienti dell'alimento e la data di scadenza.
Questi documenti devono essere conservati, per un tempo illimitato (indicazione del Direttore Sanitario e Responsabile Manuale HACCP) in un faldone per singolo nucleo/servizio, per poter definire la tracciabilità del prodotto in caso di malesseri dovuti al sospetto di assunzione di cibo avariato.
Alla ricezione del documento, gli operatori devono registrare in alto al foglio o pagina del documento, la data di arrivo del preparato, la persona che lo ha consegnato (es familiare signora XXX) e il nome dell'operatore che lo ha ricevuto.
Si ricorda che il cibo preferibilmente deve essere consumato in giornata, soprattutto una volta aperta l'eventuale confezione.

4. DOCUMENTI RICHIAMATI / BIBLIOGRAFIA

1. Ditte Bard, Wison Cook, U.S.E: Manuali d' istruzione
2. "Uso e manutenzione del bottone e delle sonde PEG "- M.Crespi, P.Sacripanti
3. American Journal of Nursing: Tube feeding at home", April 1992
4. NEU 3/94: "Il ruolo infermieristico nella gestione e somministrazione della nutrizione enterale" - I.P. neurochirurgia del U.C.S.C. di Roma:
5. Atti convegno VRQ - Pordenone 24 maggio 1994 "Ruolo e funzioni dell'I.P. nella gestione del paziente con NPT a domicilio ed in ospedale",dr.ssa P. Bianchi, IPAFD C. Del Pup

6. Ballard, Mic-key care guide. Ballard Medical Products , Draper, Utah 1995
7. Beasley S.W. et Al., How to avoid complications during percutaneus endoscopic gastrostomy. Journal of pediatric surgery, vol 30, n. 5, 1995: 671-673
8. Dall'Oglio I. et Al. , La Gastrostomia endoscopica in pediatria: nuove implicazioni nell'assistenza infermieristica. Atti del X corso di aggiornamento AIOSS, Acireale 15-18 ottobre 1995
9. Dall'Oglio L. e Federici di Abriola F., La gastrostomia endoscopica percutanea, un moderno approccio alla nutrizione enterale in età pediatrica la "right Peg". Bard
10. Kaufman M.W. et Al., Low profile gastrostomy devices. Gastroenterology Nursing, 1995 vol. 18 n.5 : 171-176
11. Noble A.C., Going home with a percutaneus endoscopic gastrostomy: a reference for patients and care-givers. Gastroenterology Nursing, oct. 1992: 90-91
12. Park RHR et Al., Home Sweet Hen- A guide to home enteral nutrition. BJCP; 1992, 46(2): 105-110
13. Ricciardi E. e Brown D., Managing Peg Tubes. AJN, oct. 1994: 29-31
14. Werlin S. t Al., Early feeding after percutaneus endoscopic gastrostomy is safe in children. Gastrointestinal Endoscopy, vol. 40, n.6, 1994: 692-693
15. Yaseen M. et Al. , Non endoscopic removal of percutaneus endoscopic gastrostomy tubes: morbidity and mortality in children. Gastrointestinal Endoscopy, vol. 44, n.3, 1996: 235-238
16. Manuale HACCP
17. Indicazioni della dietista aziendale

Allegati

PT 05 ALL 03 VADEMECUM PASTI