



ISTRUZIONE OPERATIVA

IST010**GESTIONE SONDINO
NASO-GASTRICO**Rev. 00
del 01-02-16

Pag. 1 di 4

GESTIONE SONDINO NASO GASTRICO**INDICE DELLE REVISIONI**

Numero	Data	Descrizione	Paragrafi Variati	Pagine Variate
00	01-02-16	Prima emissione	TUTTI	TUTTE

RESPONSABILITA'

	ELABORAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DATA	01-02-2016	01-02-2016	01-02-2016
FUNZIONE	Il Direttore di Struttura	Il Direttore Sanitario L'Infermiere	Presidente / Amministratore Unico
FIRMA			

	ISTRUZIONE OPERATIVA	IST010	
	GESTIONE SONDINO NASO-GASTRICO	Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 2 di 4

Il medico responsabile si occupa (in concerto con gli Infermieri Professionali) dell'applicazione del sondino naso-gastrico e della sua sostituzione almeno ogni quattro settimane. Gli infermieri sono responsabili di aggiornare l'elenco degli ospiti portatori di sondino naso-gastrico presente in entrambe le infermerie di piano.

In caso di ostruzione, o di rimozione accidentale del sondino da parte del paziente, occorrerà interrompere immediatamente l'introduzione di alimenti. Il personale in servizio avviserà immediatamente l'Infermiere/a Professionale e quindi (anche telefonicamente) il medico.

1. L'eventuale riposizionamento del sondino viene fatta dal medico responsabile oppure inviando l'ospite in ospedale.
2. L'alimentazione e la metodologia di somministrazione del pasto all'ospite portatore di sondino naso-gastrico varia a seconda delle condizioni cliniche dell'ospite stesso. L'ospite portatore di sondino naso-gastrico può essere alimentato con cibi normali frullati ed emulsionati in modo da ridurre la possibilità di ostruzione della sonda oppure con nutrizioni specifiche (energetiche, multi fibra, standard). In base al tipo di alimentazione scelta si procede anche con la scelta della metodologia di somministrazione che può essere eseguita "a caduta", con pompa ad infusione o manuale con schizzettone. L'operatore addetto all'alimentazione dell'ospite portatore di sondino naso-gastrico deve procedere con moderatezza per evitare l'insorgenza di sensazione di nausea e conseguente vomito da parte dell'ospite. La scelta dell'alimento e della modalità di somministrazione è in capo al medico con il supporto del nutrizionista qualora necessario.

	ISTRUZIONE OPERATIVA	IST010	
	GESTIONE SONDINO NASO-GASTRICO	Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 3 di 4

SONDINO NASO-GASTRICO: TECNICA DI POSIZIONAMENTO

Come per tutte le manovre invasive, prima di applicare un sondino n-g, occorre informare il paziente e chiedere il consenso.

Le narici devono essere pervie, senza ulcerazioni o arrossamenti. L'applicazione del sondino generalmente non risulta dolorosa, però può essere fastidiosa perchè può stimolare il riflesso del vomito. Il paziente dovrebbe essere in posizione semiseduta (posizione di Fowler).

Per misurare la porzione di sondino da inserire, si può sommare la distanza fra la punta del naso passando per l'apice del lobo auricolare, arrivando all'estremità inferiore dello sterno e aggiungendo 15 cm.

Per ridurre il disagio dell'inserimento del sondino, noi usiamo un lubrificante-anestetico per via topica: con questo ricopriamo la punta del sondino prima di eseguire la procedura.

Al paziente collaborante si chiede di inclinare lievemente il capo all'indietro mentre si inserisce la sonda nella narice scelta. Una volta raggiunto l'orofaringe si fa piegare leggermente in avanti il capo, chiedendo al paziente di bere un poco di acqua per favorire l'abbassamento dell'epiglottide e quindi la chiusura delle vie aeree.

Se il paziente continuasse ad avere conati di vomito durante la manovra e questo ostacolasse la progressione del sondino, occorre accertarsi che questo non si sia arrotolato in gola. In questo caso va ritirato e nuovamente spinto verso l'esofago. In caso il sondino restasse attorcigliato, lo si recupera con una pinza attraverso bocca, tagliandolo all'estremità attorcigliata e recuperandolo quindi sfilandolo dal naso.

Per accertarsi dell'arrivo del sondino nello stomaco ci sono diversi metodi empirici come l'insufflazione di circa 20 ml di aria (woosh test) per ascoltare il gorgoglio caratteristico in epigastrio, il controllo visivo dell'aspirato, e il test del pH (si deve aspirare con una siringa da almeno 30 ml).

Il sondino così posizionato, andrà fissato al naso (dopo detersione della cute con etere) con un cerotto confezionato a sorta di "cravatta".

Noi usiamo poi segnare con un pennarello indelebile il punto di fuoriuscita dalla narice, in modo da avere un riferimento in caso di eventuali dislocazioni.

Al fine di evitare la cristallizzazione dei sali biliari, che potrebbero ostruirlo, al termine della somministrazione di farmaci e/o alimenti attraverso il sondino, questo viene deterso con almeno 30-40 ml di acqua naturale a temperatura ambiente.

CONTROLLO DEL PAZIENTE

L'Operatore sanitario deve controllare regolarmente il paziente verificando:

- La tolleranza del paziente al sondino (chiedendogli magari se ha compreso i motivi per cui gli è stato posizionato il sondino)
- Il corretto posizionamento del sondino (controllare il segno a pennarello lasciato subito al di fuori delle narice al momento del posizionamento)
- Le caratteristiche dell'eventuale aspirato (quantità, colore, qualità..)
- Comparsa di eventuali lesioni da decubito nella narice o nella cute lungo il decorso del sondino stesso.

IGIENE DEL NASO E DEL CAVO ORALE

Le narici possono essere pulite con un bastoncino di cotone inumidito (miele rosato) e possono essere mantenute umide ed elastiche con un poco di crema emolliente.

Il cavo orale va mantenuto umido e pulito, tenendo conto che il paziente respirerà soprattutto con la bocca e quindi le mucose tenderanno a disidratarsi.

Il cerotto che fissa il sondino al naso viene cambiato ogni 2-3 giorni.

	ISTRUZIONE OPERATIVA		IST010	
	GESTIONE SONDINO NASO-GASTRICO		Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 4 di 4

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Prima di somministrare farmaci attraverso il sondino naso-gastrico, occorre sospendere momentaneamente l'alimentazione enterale, per il rischio di precipitazione degli alimenti e dei farmaci, con successiva ostruzione della sonda.

Se possibile si preferiscano formulazioni farmaceutiche liquide, diluendo comunque preventivamente il preparato, al fine di ridurre l'osmolarità di alcuni eccipienti (es. il sorbitolo). In caso di compresse, queste vanno preventivamente frantumate (NON QUELLE A LENTO RILASCIO O QUELLE GASTRORESISTENTI)

COMPLICANZE

La polmonite *ab ingestis* da vomito o reflusso gastro-esofageo è la complicanza più temibile per i soggetti con sondino naso-gastrico (incidenza dall'1 al 4 %). In particolare quelli più a rischio sono quelli in stato di incoscienza e/o con altri deficit neurologici. Per ridurre il rischio di polmonite è necessario tenere il paziente in posizione semiseduta il più a lungo possibile.

La nausea e il vomito si presentano nel 20% dei casi.

Il reflusso gastro-esofageo può provocare anche lesioni e ulcerazioni del cavo orale, delle alte vie aeree e dell'esofago.

La diarrea, da non imputare direttamente al sondino, è però favorita dalle caratteristiche dell'alimentazione enterale (velocità, temperatura, contaminazione della soluzione, osmolarità troppo alta, intolleranze del paziente).

La permanenza del sondino per un lungo periodo, può causare lesioni da decubito in tutto il suo decorso, nonché processi infiammatori alle strutture anatomiche adiacenti.

RIMOZIONE DEL SONDINO

Il tempo di permanenza del sondino varia in base al motivo per cui è stato inserito e al materiale del sondino stesso.

Prima di rimuovere il sondino, occorre somministrare circa 30 ml di aria per rimuovere eventuali secrezioni gastriche, che a contatto con le mucose superiori potrebbero risultare irritanti.

ELENCO-DIARIO OSPITI IN ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE TOTALE (SONDINO NASO-GASTRICO)

OSPITE IN ALIMENTAZIONE TRAMITE SONDINO N-G	PIANO	CAMERA	Data ultima sostituzione	Data prossima sostituzione	FIRMA DEL MEDICO