

PEPUP

Apport protéique et énergétique accru

GUIDE
DE POCHE

À l'admission à l'USI:

le médecin doit remplir le document «Directives de mise en route de l'alimentation entérale» et **choisir l'une** des trois **stratégies d'alimentation suivantes**:

1 Alimentation fondée sur le volume (la plupart des patients)

Jour 1 - 25 ml/h (jusqu'à la fin de la feuille de soins)

Jour 2 (et jours suivants) – Débit déterminé selon l'objectif volumique sur 24 h

- Consultez une diététiste pour déterminer l'objectif
- Si aucune diététiste n'est disponible, utilisez les objectifs fondés sur le poids des Directives de mise en route de l'alimentation entérale ou le tableau du volume cible fondé sur le poids*, au verso.

Calcul du débit en fonction de l'objectif volumique sur 24 h:

Objectif volumique sur 24 h — volume déjà reçu aujourd'hui = volume restant pour aujourd'hui

Volume restant pour aujourd'hui ÷ nombre d'heures restantes aujourd'hui = débit



Le débit ne doit jamais excéder 150 ml/h. Pour obtenir de l'aide sur le calcul du débit, consultez le document «Horaire d'alimentation basée sur le volume».

2 Alimentation trophique

- Débit: 10 ml/h
- Option appropriée pour les patients:
 - qui reçoivent des vasopresseurs (si la réanimation a été adéquate)
 - qui ne peuvent recevoir une alimentation à volume élevé (rupture d'un AAA, anastomose intestinale haute, intubation imminente, risque de syndrome de renutrition inappropriée)

3 NPO

- Option appropriée dans les cas suivants:
 - ✓ Perforation intestinale
 - ✓ Obstruction intestinale
 - ✓ Fistule proximale à débit élevé

Les situations suivantes ne sont pas des contre-indications absolues à l'alimentation entérale – une évaluation individuelle est requise:

- ✗ Chirurgie récente
- ✗ Alimentation à débit élevé par sonde NG

Interruption en raison d'une chirurgie?

- Consultez le document «Lignes directrices pour l'alimentation entérale dans les cas d'interventions chirurgicales»
- Alimentation fondée sur le volume: s'il est prévu que le patient ne recevra rien par voie orale, ajustez le débit afin que le volume soit entièrement administré avant l'interruption de l'alimentation

Volume gastrique résiduel élevé?

- Alimentation trophique: pas de surveillance du VGR
- Alimentation fondée sur le volume: consultez le document «Organigramme pour l'alimentation gastrique»

Diarrhée?

Consultez le document «Lignes directrices des soins infirmiers pour la gestion de la diarrhée»

Points à aborder quotidiennement lors des tournées

- 1** Alimentation trophique ou NPO: possibilité de passer à une alimentation fondée sur le volume
- 2** Suffisance de l'alimentation quotidienne (volume reçu par le patient ÷ objectif volumique sur 24 h x 100)
- 3** Pertinence de la préparation entérale, des prokinétiques et des suppléments protéiques

Ce protocole n'est qu'un guide et ne doit pas se substituer au jugement clinique. En cas de doute sur tout aspect du protocole, consultez une diététiste ou un médecin.

Rappel

Chez les patients recevant une alimentation trophique ou fondée sur le volume, il faut aussi administrer:

- Métyclopramide: 10 mg i.v. q 6 h
- Beneprotein®: 2 sachets (14 g) dilués dans 40-120 ml d'eau; administrés bid – sauf si une préparation à teneur en protéines très élevée est utilisée (Peptamen® Intense hyperprotéiné).

Des questions?

Communiquez avec la diététiste de l'USI

NHS-1522F-12

*Volume cible fondé sur le poids

Poids	Volume cible sur 24 heures de Peptamen® Intense hyperprotéiné avec une alimentation de 1,0 Cal/ml	Volume cible sur 24 heures de Peptamen® AF avec une alimentation de 1,2 Cal/ml	Volume cible sur 24 heures de Peptamen® 1.5 avec une alimentation de 1,5 Cal/ml
≤50 kg	1 050 ml/24 h	875 ml/24 h	700 ml/24 h
50,1-65 kg	1 350 ml/24 h	1 125 ml/24 h	900 ml/24 h
65,1-80 kg	1 650 ml/24 h	1 375 ml/24 h	1 100 ml/24 h
80,1-95 kg	1 950 ml/24 h	1 625 ml/24 h	1 300 ml/24 h
≥95,1 kg	2 400 ml/24 h	2 000 ml/24 h	1 600 ml/24 h

Une collaboration de:



**Critical Care
Nutrition**



Nestlé HealthScience™