Alimentation par sonde nasogastrique

**Public cible :** élèves infirmiers **Nombre de participants recommandé :** 1 à 2 apprenants

**Durée de la simulation :** 10 minutes **Durée du débriefing : 20 minutes**

# Informations sur le programme de formation

## Objectifs d’apprentissage

**Après avoir terminé les sessions de simulation et de débriefing, les participants pourront :**

* prendre les mesures de sécurité appropriées pour un patient alimenté par sonde nasogastrique,
* expliquer les procédures au patient en s’appuyant sur une trame de communication appropriée,
* administrer une alimentation liquide au moyen d’une sonde nasogastrique,
* évaluer et consigner la quantité de liquide administrée à un patient.

## Grandes lignes du scénario

Dans ce scénario, une patiente de 65 ans se trouve dans le service de chirurgie, le lendemain de l’ablation d’une petite tumeur de l’œsophage. La sonde nasogastrique est en place et elle est actuellement alimentée exclusivement par une sonde. Les apprenants doivent prendre les mesures de sécurité appropriées, expliquer les procédures à la patiente en s’appuyant sur une trame de communication appropriée, aspirer et examiner le contenu gastrique, administrer une alimentation liquide à la patiente, et consigner les liquides administrés et éliminés.

## Débriefing

Une fois la simulation terminée, nous recommandons à l’animateur de procéder à un débriefing pour aborder des sujets en lien avec les objectifs d’apprentissage. Le journal des événements dans Session Viewer donne des exemples de questions pour le débriefing. Voici quelques points essentiels à évoquer pendant la discussion :

* Mesures de sécurité pour un patient alimenté au moyen d’une sonde
* Gestion de l’alimentation par sonde nasogastrique
* Communication avec le patient

## Références suggérées

Ferrie S, Daniells S, Gagnon S, et al. *Enteral nutrition manual for adults in health care facilities*. Dietitians Association of Australia. 2015. D'après : <https://daa.asn.au/wp-content/uploads/2015/04/Enteral-nutrition-manual-January-2015.pdf>

Pearce CB, Duncan HD. *Enteral feeding.* Nasogastric, nasojejunal, percutaneous endoscopic gastrostomy, or jejunostomy: Its indications and limitations. Postgraduate Medical Journal. 78(918):198-204. Mai 2002 doi: 10.1136/pmj.78.918.198

# Configuration et préparation

## Matériel

* Brassard à tension artérielle
* Chemise d'hôpital du patient
* Bracelet d’identification du patient indiquant son nom et sa date de naissance
* Moniteur patient
* Alimentation liquide standard simulée de 1,2 kcal/mL
* Contenu de l’estomac simulé de 50 mL
* Sonde de SpO2
* Poste d’hygiène des mains
* Stéthoscope
* Matériel de la sonde gastrique : selon le protocole (une sonde nasogastrique de 16 Fr et une sonde nasogastrique de 12 Fr sont recommandées)
* Eau pour l’irrigation et l’hydratation
* Équipement de précautions universelles

## Préparation avant la simulation

* Placez 50 mL de contenu de l’estomac simulé dans le réservoir de l’estomac.
* Insérez une sonde nasogastrique dans le réservoir de l’estomac de la patiente à une profondeur de 55 cm.
* Habillez le simulateur avec une chemise d'hôpital et placez-le dans un lit d’hôpital en position de Fowler.
* Attachez le bracelet d’identification comportant le nom et la date de naissance au poignet de la patiente.
* Imprimez le dossier de la patiente à partir de la page 4 et distribuez-le aux apprenants après leur avoir lu la fiche de l’apprenant. Si vous utilisez un dossier de patient électronique, vous pouvez transférer les informations vers ce système.

## Fiche de l’apprenant

*La fiche de l’apprenant doit être lue à haute voix aux apprenants avant le début de la simulation.*

**Situation :** vous êtes infirmier/infirmière dans un service de chirurgie et il est actuellement 11 heures. Votre patiente s’appelle Mary West, elle a 65 ans et a fait l’objet de l’ablation chirurgicale d’une petite tumeur de l’œsophage la veille.

**Contexte médical :** l’inconfort de la patiente était de plus en plus marqué et elle avait des difficultés à déglutir au cours des dernières semaines à cause d’une tumeur bénigne de l’œsophage.

**Évaluation :** la patiente a été évaluée il y a 3 heures et tous les signes vitaux étaient normaux. La patiente a évalué sa douleur à 3 et n’a pas demandé d’analgésique. La sonde nasogastrique est en place et elle est actuellement alimentée exclusivement par une sonde. La profondeur du tube est stable à 55 cm. Un bolus d’alimentation liquide de 340 mL lui a été administré il y a 3 heures et la patiente a reçu 250 mL d’eau il y a 2 heures. Le volume résiduel était minime à chaque fois.

**Recommandation :** elle doit recevoir un bolus d’alimentation liquide. Prenez quelques minutes pour étudier son dossier (distribuez le dossier aux apprenants), puis allez voir la patiente.

# Personnalisation du scénario

Ce scénario peut servir de base pour de nouveaux scénarios, avec des objectifs d’apprentissage différents ou supplémentaires. La modification d’un scénario existant nécessite d’évaluer soigneusement les interventions attendues de la part des apprenants, ainsi que les éléments à modifier en fonction des objectifs d’apprentissage, de la progression du scénario, de la programmation et des documents de référence. Toutefois, cela permet de développer votre ensemble de scénarios, car vous pouvez réutiliser une grande partie des informations des patients, ainsi que plusieurs éléments de la programmation du scénario et des documents de référence.

Pour vous aider, voici quelques idées de personnalisation de ce scénario :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nouveaux objectifs d’apprentissage** | **Modifications du scénario** |
| Ajoutez des objectifs d’apprentissage portant sur les compétences de raisonnement clinique et de communication en matière de traitement. | Demandez à la patiente si elle ressent des symptômes liés à l’intervention, tels que des crampes d’estomac ou des nausées.  La patiente doit se plaindre de ses symptômes qu’elle ressent jusqu’à ce que les apprenants prennent les mesures appropriées pour la soulager, notamment en utilisant des compétences de communication sur le traitement. |
| Ajoutez des objectifs d’apprentissage portant sur la reconnaissance des signes de déshydratation et l’application d’actions appropriées. | Intégrez des signes de déshydratation de la patiente à votre scénario. Par exemple, une pression artérielle légèrement basse et des urines foncées. La patiente peut également avoir soif, être fatiguée et avoir des vertiges. La feuille de suivi des liquides administrés et éliminés doit également être adaptée pour indiquer la déshydratation.  La patiente doit se plaindre de ces symptômes jusqu’à ce que les apprenants prennent les mesures nécessaires pour l’hydrater. |
| Intégrez des objectifs d’apprentissage portant sur l’utilisation de compétences de raisonnement clinique, en prenant notamment des mesures de sécurité appropriées. | Remplissez le réservoir de l’estomac avec un volume résiduel plus important provenant de l’alimentation précédente (remarque : l’estomac peut contenir jusqu’à 500 mL).  La patiente ne doit pas avoir faim et peut se plaindre de remontées acides. Si les apprenants ne voient pas que le volume résiduel est plus important ou ne prennent pas les mesures de sécurité nécessaires, la patiente peut faire des remarques supplémentaires sur sa sensation de satiété. |
| Intégrez des objectifs d’apprentissage portant sur l’utilisation de compétences de raisonnement clinique, en prenant notamment des mesures de sécurité appropriées. | Changez le contenu de l’estomac pour qu’il ressemble à du café moulu, signe d’un saignement gastrique.  La patiente peut présenter, ou non, des symptômes. Si les apprenants ne se rendent pas compte du saignement et ne prennent pas les mesures de sécurité appropriées, la patiente peut demander si tout est normal et se plaindre de faiblesse ou de vertiges. |
| Ajoutez des objectifs d’apprentissage en lien avec les compétences de communication et les connaissances cliniques. | La patiente ne connaît pas la procédure, ce qui doit inciter les apprenants à l’en informer et à répondre à ses questions.  La patiente doit poser des questions pertinentes en fonction des informations données par les apprenants. |

# Dossier de la patiente

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la patiente :** Mary West **Sexe :** féminin  **Allergies :** aucune connue **Date de naissance :** 18/10-XXXX | |
| **Âge :** 65 ans **Taille :** 170 cm **Poids :** 61 kg **Numéro de dossier :** 00156330 | |
| **Diagnostic :** tumeur bénigne de l’œsophage **Date d’admission :** hier | |
| **Lieu :** service de chirurgie **Directives anticipées :** non  **Isolation préventive :** non | |
|  | |
| |  | | --- | | **Antécédents médicaux**  Inconfort de plus en plus marqué et difficultés à déglutir au cours des dernières semaines à cause d’une tumeur bénigne de l’œsophage. Un jour après l’ablation chirurgicale d’une petite tumeur de l’œsophage.  Appendicectomie il y a 15 ans. | | |
|  | |
| **Notes** | |
| **Date/Heure** |  |
| Hier | Patiente transférée dans le service depuis le service de réveil. Sonde d’alimentation nasogastrique en place.  Profondeur de la sonde : 55 cm. Les signes vitaux ont été mesurés par une infirmièrediplômée d’État. |
| Aujourd’hui, 8 h | La patiente évalue sa douleur à 3 et ne demande pas d’analgésique. Volume résiduel de 40 mL éliminé. Bolus d’alimentation liquide (340 mL) administré par la sonde. Profondeur de la sonde : 55 cm. État d’hydratation OK, vérifié par une infirmière diplômée d’État. |
| Aujourd’hui, 9 h | Bolus liquide (250 mL) administré par la sonde. Volume résiduel de 110 mL éliminé. Profondeur de la sonde : 55 cm. État d’hydratation OK, vérifié par une infirmière diplômée d’État. |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| **Prescription du médecin** | |
| Activité : sortie du lit selon la tolérance | |
| Régime : alimentation liquide administrée par sonde nasogastrique.  Administrer 340 mL d’alimentation liquide standard de 1,5 kcal/mL pendant 30 minutes, 5 fois par jour de façon régulière, lorsque la patiente est réveillée.  Administrer 250 mL d’eau 5 fois par jour de façon régulière lorsque la patiente est réveillée. | |
| Mesurer les signes vitaux toutes les 4 heures | |
| Le statut d’hydratation doit être évalué toutes les 4 heures. | |
| Consigner les liquides administrés et les liquides éliminés | |
|  | |
|  | |
| **Journal des médicaments administrés** | |
| **Date/Heure** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| **Signes vitaux** | |
| **Date/Heure** |  |
| Aujourd’hui, 8 h | **PA :** 135/85 mmHg **FC :** 85/min **FR :** 15/min **SpO2 :** 99 % **Temp. :** 37,0 °C |
|  | **PA :**  **FC :** **FR :** **SpO2 :** **Temp. :** |

# Liquides administrés et éliminés

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la patiente :** Mary West **Sexe :** féminin  **Allergies :** aucune connue **Date de naissance :** 18/10-XXXX | | | | | | | | | | |
| **Âge :** 65 ans **Taille :** 170 cm **Poids :** 61 kg **Numéro de dossier :** 00156330 | | | | | | | | | | |
| **Diagnostic :** tumeur bénigne de l’œsophage **Date d’admission :** hier | | | | | | | | | | |
| **Lieu :** service de chirurgie **Directives anticipées :** non  **Isolation préventive :** non | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Remarques :** | | | | | | | | | | |
|  | **Liquides administrés** | | | | | **Liquides éliminés** | | | | |
| **Heure/Date** | **Oral** | **Sonde naso-gas-trique** | **I.V.** | **Perfu-sion en Y** | **Autre** | **Urine** | **Vomis-se-ments** | **Sonde naso-gas-trique** | **Type de dé-charge** | **Autre** |
| **23-07** |  | 340 mL  250 mL |  |  |  | 270 mL |  |  |  |  |
| **Total sur la pério-de** |  | 590 mL |  |  |  | 270 mL |  |  |  |  |
| **Heure/Date** | **Oral** | **Sonde naso-gas-trique** | **I.V.** | **Perfu-sion en Y** | **Autre** | **Urine** | **Vomis-se-ments** | **Sonde naso-gas-trique** | **Type de dé-charge** | **Autre** |
| **07-15** |  | 340 mL  250 mL |  |  |  | 250 mL |  |  |  | 350 mL |
| **Total sur la pério-de** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Heure/Date** | **Oral** | **Sonde naso-gas-trique** | **I.V.** | **Perfu-sion en Y** | **Autre** | **Urine** | **Vomis-se-ments** | **Sonde naso-gas-trique** | **Type de dé-charge** | **Autre** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total sur la pério-de** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cette feuille de suivi doit rester dans la chambre de la patiente afin de suivre les liquides administrés et éliminés. Les valeurs totales seront ensuite enregistrées dans la feuille de suivi des fluides sur 24 heures. | | | | | | | | | | |
| **Mesure des fluides :** 1 cc = 1 mL • 1 once = 30 mL • 8 onces = 240 mL • 1 tasse = 8 onces = 240 mL  • 4 tasses = 32 onces = 1 quart ou 1 litre = 1 000 mL | | | | | | | | | | |