



FLOCARE® BENCHMARK® NI TUBE

Manufacturer: Nutricia Medical Devices BV, Taurusavenue 167, 2132 LS Hoofddorp, The Netherlands, www.nutriciaflocares.com
Production location: Nutricia Pharmaceutical Wuxi Co., Ltd., P.R. China



STERILE

EO

MD

200344_D
May 2022



FLOCARE® BENCHMARK® NI TUBE

EN • INSTRUCTIONS FOR USE

BENCHMARK® NI TUBE

DE • GEBRAUCHSANWEISUNG

BENCHMARK® TRANSNASALE DÜNNDARMSONDE

NL • GEBRUIKSAANWIJZING

BENCHMARK® NASO-INTESTINALE SONDE

FR • NOTICE D'UTILISATION

SONDE NASO-INTESTINALE BENCHMARK®

ES • INSTRUCCIONES DE USO

SONDA NASOINTESTINAL BENCHMARK®

IT • ISTRUZIONI PER L'USO

SONDINO NASOINTESTINALE BENCHMARK®

PT • INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

SONDA DE ALIMENTAÇÃO NASOINTESTINAL BENCHMARK®

DA • BRUGSANVISNING

BENCHMARK® NI TUBE

SV • BRUKSANVISNING

BENCHMARK® NASOINTESTINAL SOND

NO • BRUKSANVISNING

BENCHMARK® NI SONDE

FI • KÄYTTÖOHJE

BENCHMARK® NENÄOHUTSUOLILETKU

EL • ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ

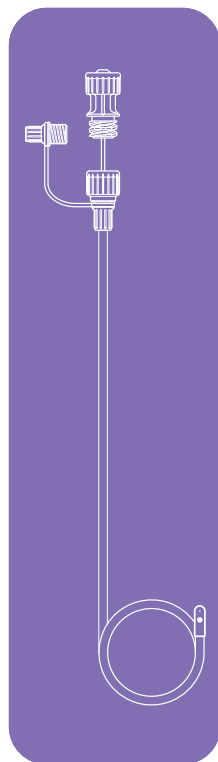
BENCHMARK® NI TUBE

TR • KULLANIM TALİMATLARI

BENCHMARK® NAZOİNTESTİNAL (Nİ) TÜP

PL • INSTRUKCJA UŻYWANIA

FLOCARE® ZGŁĘBNIK NOSOWO-JELITOWY BENCHMARK®



 **Manufacturer:** Nutricia Medical Devices BV, Taurusavenue 167, 2132 LS Hoofddorp, The Netherlands, www.nutriciaflocare.com
Production location: Nutricia Pharmaceutical Wuxi Co., Ltd., P.R. China

CE
0344

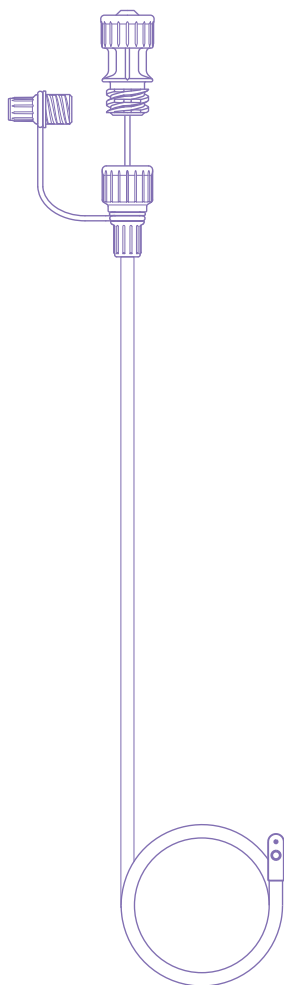


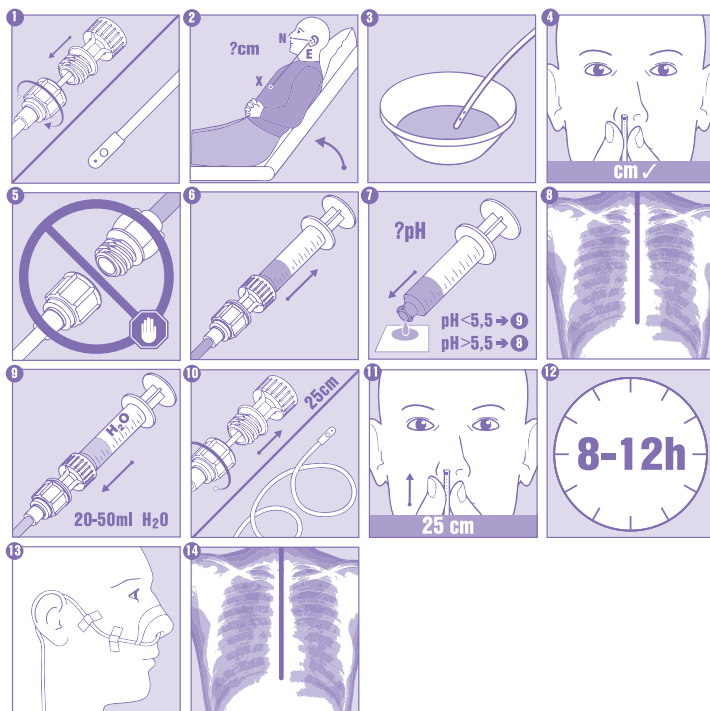
STERILE

EO

MD

200344_D
May 2022





GBR	Nutricia Ltd, White Horse Business Park, TROWBRIDGE, Wiltshire, BA14 0XQ, England. Tel: 01225 711 688, www.nutricia.co.uk Patient/Carer Information Number (UK only) Tel: 0800 093 3672
IRL	Nutricia Ireland Ltd., Block 1, Deansgrange Business Park, Deansgrange, Co. DUBLIN, Ireland. www.nutricia.ie
AUS	Nutricia Australia Pty Ltd, Lvl 4, Bld D, 12-24 Talavera Rd, Macquarie Park NSW 2113, Australia, 1800 060 051, www.nutriciamedical.com.au
NZL	Danone Nutricia NZ Ltd, 56-58 Aintree Avenue, Airport Oaks, Auckland 2022, New Zealand, 0800 636 228, www.nutriciamedical.co.nz
DEU	Nutricia Milupa GmbH, D - 60329 Frankfurt/Main, Deutschland, www.nutricia.de Kontakt Nutricia Milupa D-A-CH: 00800-70050000;
AUT	Nutricia Milupa GmbH, A - 5412 Puch bei Hallein, Österreich, www.nutricia.at Kontakt Nutricia Milupa D-A-CH: 00800-70050000;
CHE	[CH REP] Nutricia Nutricia Milupa SA, 8005 Zürich, Schweiz, www.nutricia.ch Kontakt Nutricia Milupa D-A-CH: 00800-70050000
NLD	Nutricia Nederland B.V., Antwoordnummer 10230, 2700 VB Zoetermeer-NL, Nutricia Medische Voedingsservice: 0800-022 33 22 (gratis).
BEL	N.V. Nutricia België/Nutricia Belgique S.A., Werkhuizenkaai/Quai des Usines 160 - 1000 Brussel/Bruxelles, België/Belgique; 0800 99 486 (gratis/gratuit) - www.nutricia.be
FRA	NUTRICIA Nutrition Clinique, 17/19 rue des deux gares, CS 50149, 92565 Rueil-Malmaison Cedex, France. www.nutricia.fr .
ESP	Danone Nutricia S.R.L. C/ Torrelaguna 77, 6ª plta. CP 28043, Madrid, España. Teléfono de atención al cliente: (+34) 900 211 088. www.nutricia.es . www.sonda-nutricion.es
ITA	Danone Nutricia S.p.A. Società Benefit via C. Farini 41 - 20159 Milano - Numero Verde 800822096 • www.nutricia.it INDICAZIONI PER LA DIFFERENZIATA: visita il sito www.nutricia.it
PRT	Distribuído em Portugal por: Danone Nutricia Unipessoal, Lda. Apartado 8106, EC Cabo Ruivo, 1802-001 Lisboa, Portugal Telef: 214 259 600 Linha Verde: 800 206 799 www.nutricia.pt
DNK	Nutricia A/S, Rørmosevej 2A, 3450 Allerød
SWE	Nutricia Nordica AB, Gårdsvägen 14, 169 70 Solna.
NOR	Nutricia Norge AS, Drammensveien 123, 0277 OSLO
FIN	Nutricia Medical Oy, Linnankatu 26 A, 20100 TURKU
GRC	Numil Hellas A.E. Παράδρομος 17 χλμ. Ε.Ο. Αθηνών Λαμίας & Καλαμάτας 2, 14564 Κηφισιά Γραμμή φροντίδας: 800 11 68600, 210 6248 547
TUR	Numil Gıda Ürünleri San. ve Tic. A.Ş. Yapı Kredi Plaza B Blok No:1B Kat:8-9 Cömert Sok. Levent Mah. Beşiktaş-İSTANBUL
POL	Dystrybutor: Nutricia Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa

www.nutriciaflocare.com

number

v

e

akt

teil-

o
visita

6,

EN • BENCHMARK® NI TUBE

PRODUCT DESCRIPTION

The Flocare Benchmark® Naso-Intestinal feeding tube is a transnasal intestinal tube with a Benchmark® spiral tip designed for the administration of enteral feeding.

The tube has the following characteristics:

Tube material: white full opaque polyurethane tubing

External diameter: CH8 or CH10

Length: 145 cm

Tip: bullet tip with 2 lateral outlets

Hydromer® coating on the tip

Benchmark® spiral (patented): 2.5 loops with a diameter of approx. 3cm and a length of approx. 23 cm. These loops are straightened with a guidewire during insertion. After removal of the guidewire, the spiral eases transpyloric passage and allows optimal fixation in the small intestine.

Guidewire: A prelubricated metallic guidewire, partially introduced into the tube.

Connector: ENFit connector.

INDICATIONS FOR TUBE FEEDING OR ENTERAL NUTRITION

Enteral nutrition or tube feeding is indicated to patients at nutritional risk or malnourished who:

- Cannot meet their nutrient requirements by normal dietary intake and;
- Have a functional gastrointestinal tract

INDICATIONS FOR NASO-INTESTINAL FEEDING TUBES USE

For short-term administration use – up to 6 weeks.

Indication for therapeutic reasons:

- Enteral feeding with functional intestinal tract with impaired gastric emptying
- Post-pyloric feeding directly into the small intestine
- Patients with an increased risk of enteral diet regurgitation and/or pulmonary aspiration.

It is recommended to always deliver feed in the small intestine using an enteral feeding pump to control the flow rate.

CONTRA-INDICATIONS

Absolute contraindications:

- Gastrointestinal obstruction
- Perforation/ leakage

Relative contraindications:

- Severe decreased gut function i.e.: severe malabsorption, paralytic or mechanical ileus
- Motility disorders
- Acute abdomen
- Severe Crohn's disease

Notice: any serious incident that has occurred in relation to this device is to be reported to Nutricia and the local competent authority.

TUBE PLACEMENT

Naso-intestinal feeding tubes should be inserted by trained healthcare professionals because of the risk of misplacement and esophageal or pulmonary perforation.

Instructions for use for patients with (limited) gastric motility:

1. Advise the patient of the placement procedure. Fully insert the guide wire in the tube and ensure that it is firmly attached to the connector (fig.1).

2. Place the patient in a comfortable sitting or semi-recumbent position. To determine the length of Bengmark® tube to be inserted, measure the distance from the tip of the Nose (N), to the Ear (E), and then to the Xiphoid process of the sternum (X) (fig.2). Mark the tube at this point. Make 2 additional marks, at 25 cm and at 50 cm after the first mark.

3. Lubricate the tip and first cm of the tube with water, to facilitate insertion (fig.3).

4. Inspect the patient's nostrils for a deviated septum or visible nasal polyps; use the larger nostril and pass the tube along the bottom of the nostril (fig.4). When the tube reaches the throat, bend the patients' head forward and ask them to swallow as often as possible. Push the tube gently, never force it. Avoid inadvertent tube placement in the trachea! Continue until the first pre-measured mark is reached. Giving something to drink or to eat (if possible) can stimulate the migration of the tube.

Warning: Do not connect the Bengmark® NI tube with the feeding set at this stage (fig 5). Before correct placement is confirmed do not administer any fluids through the tube:

- Do not flush the tube

- Do not lubricate the internal guidewire

5. Confirm position of the tube:

(fig 6) Gastric content aspiration

Obtain an aspirate of the gastric contents through the ENFit connector on the guidewire handle.

(fig 7) pH measurement

Measure the pH value of the aspirate. A pH $\leq$ 5.5 indicates a gastric placement. Local guidelines can differ in terms of the acceptable pH range for confirming NG tube placement. Always consult your local guidelines

(fig 8) X-ray confirmation

In case no aspirate is obtained, or the measured pH value is 5.5 or higher; Confirm gastric placement by X-ray.

Warning: Please follow the local radiation protection procedures.

6. After checking the position of the tube (fig. 6, 7, 8) inject at least 20-50 ml H₂O to remove gastric content from the tube. (fig.9).

7. Pull $\pm$ 25cm of guidewire out of the tube (fig.10). Then continue passing the tube until you reach the second mark (fig.11). Now pull the guidewire out of the tube completely.

8. Do not yet secure the tube to the nose, use the ear lobe as a temporary fixation point.

9. Within 8-12 hours gastric motility will have moved the tube through the pylorus (fig.12). Secure the tube once the third mark on the tube is at the patients' nose (fig. 13).

10. Before administrating any enteral nutrition, check if the tube is positioned correctly by X-ray (fig.14).

Warnings:

- Coughing may indicate passage of the tube into the trachea. If this is suspected, remove the tube and reinsert it once the patient is comfortable.

- If resistance is encountered, remove the tube. Notify physician.

- Particular care should be taken if an endotracheal tube is in place, as it may tend to guide the feeding tube into the trachea.

- Failure of transpyloric passage: following appropriate consultation with a clinician, the use of gut motility agents may be considered and should be given to the patients 10 min prior to passing the tube.

TUBE PLACEMENT USING FLUOROSCOPY, ENDOSCOPY OR 2-STAGE X-RAY

For patients who are unconscious, intubated, sedated, ventilated, have minimal or absent gag reflex and/or are otherwise debilitated or have no stomach motility at all, one of the following procedures may be considered as an alternative tube placement.

1. Tube Placement using Fluoroscopy

2. Tube placement using Endoscopy

Use standard fluoroscopy/endoscopy procedures for feeding tubes intragastric placement.

Additional steps for placing the NI tube to pass through the pylorus:

Grasp the tube with forceps of endoscope, and advance endoscope and tube through pylorus

Place the tube as far as possible into the small intestine, preferably beyond ligament of Treitz

Leave the tube with forceps in place and withdraw endoscope as far as possible

Flush the tube with water via guidewire connector to stiffen tube

Remove guidewire and withdraw forceps and endoscope carefully

Verify tube placement with x-ray

3. Tube Placement using 2-stage X-Ray

Stage 1 : confirm the tube has not entered the bronchial tree

Stage 2 : confirm final placement

MEDICATION ADMINISTRATION AND AFTER CARE

Caregivers should apply a risk-based approach before the nasoenteric route is selected to administer medication to the patient. Appropriate ancillaries including syringes should be used for medication administration through enteral feeding tubes using ENFit™ connectors of a recognized standard (ISO80369-3) in order to avoid misconnection errors.

Check the position of the tube (cm mark at the nostril remains the same):

- Each time the tube feed is changed.
- When in doubt whether the tube is in the correct position.

Check the fixation tape regularly.

GENERAL FLUSHING AND SYRINGE USE POLICY

- Routinely flush the tube with water before and after the administration of feed or medication and at least every 8 hours to prevent blockage of the tube.

- As practicable, use an enteral syringe (minimum size of 20mL) for flushing the tube and always flush in a controlled manner.

- For medication administration directly into the tube, always administer using an appropriate size enteral syringe for the volume of medication but ensure delivery is in a controlled manner. In case more than one medication is administered at one time; make sure the tube is flushed thoroughly between types.

- Never use excessive force. If there is any resistance, stop the procedure and consult your clinician.

REMOVAL

Flocare Benchmark® Naso-intestinal feeding tube is recommended for short-term tube feeding up to 6 weeks. Replacement or removal of the product may differ from this recommendation, based on medical scrutiny, viability of the product and/or potential patient inconveniences and is to be executed under medical scrutiny and supervision. Tube replacement should be accomplished in case of tube breakage, occlusion, dislodgement or degradation.

The Benchmark® Naso-intestinal Tube can be removed by gently pulling the tube out of the patient's nose. Removal should always be performed under medical supervision.

After use, dispose of product and packaging in accordance with hospital, administrative and/or local policy.

POTENTIAL COMPLICATIONS

The commonly reported complications of nasoenteric feeding tubes are respiratory due to tube misplacement. Other potential mechanical complications are listed below:

- incorrect intubation,
- tube obstruction,
- misconnections,
- tube breakage/kinking,
- tube dislocation,
- irritation/pain of oesophagus, pharynx or around nostrils of the nose,
- pressure injury related to fixation.

General potential complications for enteral feeding are gastro-intestinal, metabolic and infectious.

SINGLE PATIENT USE

Do not reuse this product - Do not reuse, reprocess or re-sterilize this device. Reuse, reprocessing or re-sterilization may compromise the structural integrity of the device and/or lead to device failure which, in turn, may result in patient injury, illness or death. Reuse, reprocessing or re-sterilization may also create a risk of contamination of the device and/or cause patient infection or cross-infection, including, but not limited to, the transmission of infectious disease(s) from one patient to another. Contamination of the device may lead to injury, illness or death of the patient.

GBR: Nutricia Ltd, White Horse Business Park, TROWBRIDGE, Wiltshire, BA14 0XQ, England. Tel: 01225 711 688, www.nutricia.co.uk Patient/Carer Information Number (UK only) Tel: 08457 623 653.

IRL: Nutricia Ireland Ltd., Block 1, Deansgrange Business Park, Deansgrange, Co. DUBLIN, Ireland. www.nutricia.ie

AUS: Nutricia Australia Pty Ltd, Lvl 4, Bld D, 12-24 Talavera Rd, Macquarie Park NSW 2113, Australia, 1800 060 051, www.nutriciamedical.com.au

NZL: Danone Nutricia NZ Ltd, 56-58 Aintree Avenue, Airport Oaks, Auckland 2022, New Zealand, 0800 636 228, www.nutriciamedical.co.nz.

DE • BENCHMARK® TRANSNASALE DÜNNDARMSONDE

PRODUKTBESCHREIBUNG

Die Flocare Benchmark® Ernährungssonde ist eine transnasale Jejunalsonde mit einer Benchmark® Spirale, zur enteralen Verwendung. Die Sonde hat die folgenden Merkmale:

Sondenmaterial: weißer, blickdichter Schlauch aus Polyurethan

Außendurchmesser: CH8 oder CH10

Länge: 145 cm

Spitze: Abgerundete Spitze mit zwei seitlichen Austrittslöchern

Hydromer®-beschichtete Sondenspitze

Benchmark®-Spirale (patentiert): 2,5 Windungen mit einem Durchmesser von etwa 3 cm und einer Länge von etwa 23 cm. Diese Spiralen werden während der Platzierung durch einen Mandrin gestreckt gehalten. Nach Entfernung des Mandrins ermöglicht die Spirale die optimale Fixierung im Dünndarm.

Mandrin: beschichteter Führungsdraht aus Metall, der bereits teilweise in der Sonde eingeführt ist

Konnektor: ENFit-Konnektor.

INDIKATIONEN FÜR SONDENNAHRUNG ODER ENTERALE ERNÄHRUNG

Enterale Ernährung oder Sondennahrung ist bei Patienten mit Ernährungsrisiko oder Mangelernährung anzuwenden, die:

- ihren Nährstoffbedarf nicht über die normale Nahrungsaufnahme decken können und;

- einen funktionierenden Magen-Darm-Trakt haben

INDIKATIONEN FÜR TRANSNASALE ERNÄHRUNGSSONDEN

Für die kurzfristige Anwendung - bis zu 6 Wochen.

Indikation aus therapeutischen Gründen:

- Enterale Ernährung bei funktionellem Darmtrakt mit gestörter Magenentleerung

- Postpylorische Ernährung direkt in den Dünndarm

- Patienten mit erhöhtem Risiko einer enteralen Ernährung mit Refluxneigung und/oder erhöhter Aspiration.

Um die Flussrate bei der Verabreichung von Sondennahrung direkt in den Dünndarm zu kontrollieren empfiehlt sich der Einsatz einer enteralen Ernährungspumpe

KONTRAINDIKATIONEN

Absolute Kontraindikationen:

- Gastrointestinale Obstruktion

- Perforation/Leckage

Relative Kontraindikationen:

- Schwere Beeinträchtigung der Darmfunktion, d.h.: schwere Malabsorption, paralytischer oder mechanischer Ileus

- Motilitätsstörungen

- Akutes Abdomen

- Schwerer Morbus Crohn

Bitte beachten: Jedes Vorkommnis, welches im Zusammenhang mit diesem Produkt auftritt, muss an Nutricia Milupa und der örtlichen, zuständigen Behörde gemeldet werden.

PLATZIERUNG DER SONDE

Die Anlage sollte nur durch geschulte Angehörige eines Gesundheitsberufes durchgeführt werden, bzw. medizinischen Laien, die in vollen Umfang die damit verbundenen Risiken (Perforation der Speiseröhre oder der Lunge) und Gegenindikationen verstehen und eingewiesen wurden.

Anweisungen für die Verwendung bei Patienten mit (eingeschränkter) Magenmotilität:

1. Informieren Sie den Patienten über den Eingriff. Führen Sie den Mandrin vollständig in die Sonde ein und vergewissern Sie sich, dass dieser fest mit dem Konnektor verbunden ist (Abb. 1).
2. Bringen Sie den Patienten in eine bequeme sitzende oder halb liegende Position. Um die Länge der einzuführenden Bengmark® Sonde zu bestimmen, messen Sie den Abstand von der Nasenspitze (**N**) zum Ohr (**E**) und dem Schwertfortsatz des Brustbeins (**X**) (Abb. 2). Markieren Sie die Sonde an diesem Punkt. Machen Sie zwei weitere Markierungen nach 25 cm und 50 cm ab der ersten Markierung.
3. Befeuchten Sie die Sondenspitze mit Wasser, um die Einführung zu erleichtern. (Abb. 3).
4. Nasenlöcher des Patienten auf Septumdeviation und sichtbare Nasenpolypen inspizieren. Das Nasenloch mit dem größeren Lumen für die Platzierung nutzen (Abb. 4). Sonde vorsichtig entlang des Nasenlochgrundes einführen. Sonde mit der Spitze parallel zum Septum entlang der Oberfläche des Gaumens bis zum Nasenrachen vorschreiben. Hierbei die Sondenspitze selbst die Passage finden lassen. Während der Patient etwas kaltes Wasser trinkt (soweit möglich), die Sonde sanft durch den Ösophagus in den Magen vorschreiben. Fortfahren, bis die erste Markierung erreicht ist. Lage der Sonde kontrollieren.

Warnhinweise: Verbinden Sie die Bengmark® Sonde zu diesem Zeitpunkt nicht mit dem Nahrungsbehälter. Verabreichen Sie keine Flüssigkeiten über die Sonde, bevor die korrekte Platzierung bestätigt ist:

- Spülen Sie die Sonde nicht durch.

- Den Mandrin nicht befeuchten

5. Bestätigung der korrekten Lage der Sonde:

(Abb. 6) Absaugen des Mageninhalts. Den Mageninhalt über den ENFit- Anschluss am Mandrin absaugen.

(Abb. 7) pH- Wert Messung

Den pH- Wert des Aspirats mit Hilfe des Indikatorpapiers messen. Ein pH- Wert $\leq 5,5$ zeigt die korrekte Lage im Magen an. Klinische Standards können hinsichtlich des zulässigen pH-Wert Bereichs für die Bestätigung der Platzierung einer transnasalen Sonde abweichen. Bitte informieren Sie sich immer über Ihre klinischen Standards.

(Abb. 8) Röntgenbestätigung

Wenn kein Aspirat gewonnen werden kann oder ein pH- Wert von 5,5 oder höher gemessen wurde, muss die gastrale Sondenlage mittels Röntgenaufnahme bestätigt werden.

Warnhinweise! Bitte beachten Sie die nationalen Strahlenschutzvorschriften.

6. Nach Bestätigung der korrekten Lage der Sonde ((Abb. 6, 7, 8) mit 20 – 50 ml Wasser spülen, um den Mageninhalt aus der Sonde zu entfernen (Abb. 9).

7. Den Mandrin +/- 25 cm aus der Sonde herausziehen (Abb. 10), woraufhin sich die Bengmark® Spirale ausbildet. Dann die Sonde bis tief in den Magen (Pylorus) bis zur zweiten Markierung (50 cm) vorschieben (Abb. 11). Nun Mandrin vollständig aus der Sonde herausziehen

8. Die Sonde nicht an der Nase fixieren, sondern das Ohrläppchen zur vorläufigen Befestigung nutzen.

9. Bei vorhandener Peristaltik wandert die Sonde in der Regel innerhalb von 8 -12 Stunden durch den Pylorus ins Jejunum (Abb. 12). Dies ist erkennbar, wenn die dritte Markierung erreicht ist. Fixieren Sie die Sonde an der Nase des Patienten (Abb. 13).

10. Vor Beginn der Verabreichung von Sondennahrung durch Röntgenkontrolle sicherstellen, dass die Sonde korrekt im Dünndarm liegt (Abb. 14).

Warnhinweise:

- Husten kann darauf hinweisen, dass die Sonde in die Luftröhre gelangt ist. Wenn dies vermutet wird, entfernen Sie die Sonde und wiederholen Sie die Anlage, sobald der Patient sich wieder wohl fühlt.

- Wenn ein Widerstand auftritt, entfernen Sie die Sonde und benachrichtigen Sie den behandelnden Arzt.

- Besondere Vorsicht ist geboten, wenn ein Endotrachealtubus vorhanden ist, da dieser dazu neigen kann, die Ernährungs- sonde in die Luftröhre zu führen

- Bei ausbleibender Pyloruspassage: unter ärztlicher Aufsicht kann ein motilitätsförderndes Mittel in Betracht gezogen werden, dies ist dem Patienten ggf. 10 Minuten vor der Platzierung der Sonde zu verabreichen.

PLATZIERUNG DER SONDE MIT FLUOROSKOPIE, ENDOSKOPIE ODER RÖNTGENAUFNAHME

Bei Patienten, die bewusstlos sind, intubiert, sediert oder beatmet werden, einen minimalen oder fehlenden Würgereflex haben und/oder anderweitig geschwächt sind oder überhaupt keine Magenmotilität aufweisen, kann eines der folgenden Verfahren als Alternative zur üblichen Sondenplatzierung in Betracht gezogen werden.

1. Platzierung der Sonde mittels Fluoroskopie

2. Platzierung der Sonde mittels Endoskopie

Verwenden Sie die Standardverfahren der Fluoroskopie/Endoskopie für die Platzierung von Ernährungssonden im Magen.

Zusätzliche Schritte für die Platzierung der transnasalen Sonde zum Durchführen durch den Pylorus:

Greifen Sie die Antennenspitze der Sonde mit einer Endoskopzange und führen Sie die Sonde mit Hilfe des Endoskops durch den Pylorus.

Platzieren Sie die Sonde soweit wie möglich in den Dünndarm, vorzugsweise hinter das Treitz'sche Band.

Halten Sie die Sonde mit der Zange in ihrer Position fest, während Sie das Endoskop zurückziehen.

Entfernen Sie schließlich vorsichtig das Endoskop, die Zange und den Mandrin.

Überprüfen Sie die korrekte Länge der Jejunalsonde per Röntgenaufnahme.

3. Sondenplatzierung mittels Röntgenaufnahme

Stufe 1: Bestätigung, dass die Sonde nicht in den Bronchialbaum eingedrungen ist

Stufe 2: Bestätigung der endgültigen Platzierung

MEDIKAMENTENGABE UND NACHSORGE

Das Pflegepersonal sollte die Risiken zur transnasalen Verabreichung von Medikamenten am Patienten abwägen.

Für die Verabreichung von Medikamenten über enterale Ernährungssonden sollten geeignete Hilfsmittel, einschließlich Spritzen, unter Verwendung von ENFit™-Konnektoren nach einem anerkannten Standard (ISO80369-3) verwendet werden, um Fehlschlüsse zu vermeiden.

Überprüfen Sie die Position der Sonde (die cm-Markierung am Nasenloch bleibt gleich):

- Jedes Mal, wenn die Sondennahrung gewechselt wird

- Wenn Sie Zweifel haben, ob die Sonde in der richtigen Position ist

Kontrollieren Sie regelmäßig das Fixierband.

VERWENDUNG VON SPRITZEN

Die routinemäßige Spülung mit Wasser sollte Teil der Patienten-/Benutzeraufklärung sein

- Spülen Sie die Sonde routinemäßig vor und nach der Verabreichung von Nahrung oder Medikamenten und mindestens alle 8 Stunden mit Wasser durch, um eine Verstopfung der Sonde zu verhindern.

- Verwenden Sie zum Spülen der Sonde nach Möglichkeit eine enterale Spritze (Mindestgröße 20 ml) und spülen Sie immer kontrolliert.

- Für die Verabreichung von Medikamenten direkt in die Sonde verwenden Sie immer eine enterale Spritze mit einer für das Volumen des Medikaments geeigneten Größe und stellen Sie sicher, dass die Verabreichung kontrolliert erfolgt. Werden mehrere Medikamente auf einmal verabreicht, ist darauf zu achten, dass die Sonde zwischen den einzelnen Medikamenten gründlich gespült wird.

- Wenden Sie niemals übermäßige Kraft an. Bei Widerstand stoppen Sie den Vorgang und wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt.

ENTFERNEN DER SONDE

Die Flocare Bengmark® Ernährungssonde wird für die kurzfristige Sondenernährung bis zu 6 Wochen empfohlen.

Die Lebensdauer ist abhängig von verschiedenen Faktoren. Hierzu gehören gastraler pH-Wert, Patientenmotilität und Sondenpflege. Die Sonde sollte im Falle eines Bruchs, einer Okklusion, einer Dislokation oder einer Degradation ausgetauscht werden.

Das Entfernen der Sonde ist von der Lebensdauer des Produktes abhängig und/oder sollte nach ärztlicher Anweisung durchgeführt werden. Entsorgen Sie das Produkt und die Verpackung nach Gebrauch gemäß den Krankenhaus-, Verwaltungs- und/oder örtlichen Richtlinien.

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN

Die am Häufigsten gemeldeten Komplikationen bei transnasalen Ernährungssonden sind respiratorische Komplikationen aufgrund einer Fehlplatzierung der Sonde. Andere mögliche mechanische Komplikationen sind im Folgenden aufgeführt:

- falsche Intubation,
- Obstruktion der Sonde,
- Fehllanschlüsse,
- Bruch/Knicken der Sonde,
- Sondendislokation,
- Reizung/Schmerzen der Speiseröhre, des Rachens oder um die Nasenlöcher der Nase,
- Druckverletzungen im Zusammenhang mit der Fixierung.

Zu den allgemeinen potenziellen Komplikationen bei der enteralen Ernährung gehören gastrointestinale, metabolische und infektiöse Komplikationen.

NUR FÜR EINEN PATIENTEN

Nicht zu Wiederverwendung geeignet - Das Produkt nicht wiederverwenden, wiederaufbereiten oder erneut sterilisieren. Die Wiederverwendung, Wiederaufbereitung oder erneute Sterilisation kann die strukturelle Unversehrtheit des Produkts beeinträchtigen und/oder zu einem Versagen des Produkts führen, was wiederum zu Verletzungen, Erkrankungen oder zum Tod des Patienten führen kann. Die Wiederverwendung, Wiederaufbereitung oder erneute Sterilisation kann ein Kontaminationsrisiko zu Folge haben und/oder eine Infektion des Patienten oder eine Kreuzinfektion verursachen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Übertragung von Infektionskrankheiten von einem Patienten auf einen anderen. Eine Kontamination des Produkts kann zu Verletzungen, Erkrankungen oder zum Tod des Patienten führen.

NL • BENCHMARK® NASO-INTESTINALE SONDE

PRODUCTBESCHRIJVING

De Flocare Benchmark® Naso-Intestinale sonde is een transnasale intestinale sonde met een Benchmark® spiraal tip voor het toedienen van enterale voeding.

De sonde heeft de volgende kenmerken:

Materiaal: witte volledig radiopake polyurethaan sonde

Externe diameter: CH 8 of CH 10

Lengte: 145 cm

Tip: Bolus tip met 2 laterale openingen

De tip is voorzien van een Hydromer® coating

Benchmark® spiraal (gepatenteerd): 2,5 krul met een doorsnede van circa 3 cm en een lengte van circa 23 cm.

Tijdens het inbrengen worden de krullen gestrekt met behulp van een voerdraad. Nadat de voerdraad verwijderd wordt, zorgt de spiraal voor pyloruspassage en voor een optimale fixatie in de dunne darm.

Voerdraad: Een metalen voerdraad voorzien van glijmiddel, gedeeltelijk in de sonde ingebracht.

Connector: ENFit connector

INDICATIES VOOR ENTERALE SONDEVOEDING

Enterale voeding of sondevoeding is geïndiceerd bij patiënten met risico op ondervoeding die:

- Hun voedingsbehoefte niet met normale voeding kunnen dekken
- Een functionerend maagdarmkanaal hebben

INDICATIES VOOR NASO-INTESTINALE VOEDINGSSONDES

Voor kortdurend gebruik- maximaal 6 weken.

Indicatie voor therapeutische redenen:

- Enterale toediening bij een functionerend darmstelsel, maar met verminderde maaglediging
- Postpylorische voeding direct in de dunne darm
- Patiënten met een verhoogd risico op regurgitatie bij enterale voeding en/of pulmonale aspiratie.

Aanbevolen wordt voeding in de dunne darm altijd toe te dienen met behulp van een enterale voedingspomp om zo de inloopsnelheid te kunnen regelen.

CONTRA-INDICATIES

Absolute contra-indicaties:

- Gastro-intestinale obstructie
- Perforatie / lekkage

Relatieve contra-indicaties:

- Ernstig verminderde darmfunctie d.w.z.: ernstige malabsorptie, paralytische of mechanische ileus
- Motiliteitsstoornissen
- Acuut abdomen
- Ernstige ziekte van Crohn

Let op: Elk ernstig incident dat zich in verband met dit hulpmiddel heeft voorgedaan, moet aan Nutricia en de plaatselijke bevoegde autoriteit worden gemeld

PLAATSIING VAN DE SONDE

Naso-intestinale sondes dienen geplaatst te worden door getrainde zorgverleners vanwege het risico op misplaatsing en oesofageale of pulmonale perforatie.

Gebruiksaanwijzing voor patiënten met (beperkte) maageristaltiek:

1. Licht de patiënt in over de plaatsingsprocedure. Schuif de voeddraad volledig in de sonde en controleer of deze goed in de connector is bevestigd (fig. 1).

2. Plaats de patiënt in een comfortabele zittende of half-zittende houding. Bepaal de lengte van het in te brengen deel van de Bengmark® sonde door de afstand te meten vanaf de punt van de neus (N), naar het oor (E) en vervolgens naar de onderzijde van het borstbeen (X) (fig. 2). Markeer deze lengte op de sonde. Maak tevens 2 andere markeringen, één op 25 cm en één op 50 cm na de eerste markering in de richting van de voedingsconnector.

3. Dompel de tip van de sonde in wat water om het inbrengen te vergemakkelijken (fig. 3).

4. Controleer de neusgaten van de patiënt op een mogelijk afwijkend septum of zichtbare neuspolyppen. Gebruik het meest toegankelijke neusgat en schuif de sonde over de bodem van het neusgat (fig. 4). Als de sonde de keel bereikt, buig dan het hoofd van de patiënt voorover en vraag hem zo vaak mogelijk te slikken. Schuif de sonde voorzichtig op, maar forceer niet. Voorkom plaatsing van de sonde in de trachea! Schuif de sonde verder tot de eerste markering is bereikt. De patiënt iets laten eten of drinken (mits toegestaan) kan de migratie van de sonde stimuleren. Let op: sluit de Bengmark® Naso-intestinale sonde nog niet aan op het toedieningssysteem (fig. 5) Dien geen vloeistoffen toe via de sonde tot de correcte plaatsing van de sonde is gecontroleerd:

- Spuit de sonde niet door

- Maak de voeddraad niet vochtig

5. Bevestig de positie van de sonde:

(fig. 6) Maagaspiratie

Trek wat maaginhoud op via de ENFit connector op het handvat van de voeddraad.

(fig. 7) pH-meting

Meet de pH-waarde van het aspiraats. $pH \leq 5.5$ is een indicatie voor plaatsing in de maag. Lokale richtlijnen kunnen verschillen in acceptabele pH-waarden om de juiste plaatsing van de sonde te bevestigen. Raadpleeg altijd uw lokale richtlijnen.

(fig. 8) Röntgencontrole

Controleer de ligging van de sonde door middel van een röntgenfoto wanneer geen aspiraats verkregen kan worden of wanneer de pH-waarde 5,5 of hoger is. Let op: volg de lokale richtlijnen voor stralingsbescherming.

6. Nadat de juiste ligging van de sonde is gecontroleerd (fig. 6, 7 en 8), injecteer ten minste 20-50 ml water om achtergebleven maaginhoud te verwijderen (fig. 9).

7. Trek ± 25 cm voeddraad uit de sonde (fig. 10). Breng de sonde vervolgens in tot aan de tweede markering (fig. 11). Trek de voeddraad nu volledig uit de sonde.

8. Bevestig de sonde nog niet aan de neus, maar gebruik het oor als tijdelijk fixatiepunt.

9. Binnen 8-12 uur zal de sonde door middel van maagmotiliteit de pylorus passeren (fig. 12). Fixeer de sonde op de neus als de derde markering ter hoogte van de neus is (fig. 13).

10. Controleer nogmaals de ligging van de sonde doormiddel van een röntgenfoto voordat gestart wordt met sondevoeding (fig. 14).

Waarschuwingen:

- Hoesten kan duiden op plaatsing in de trachea. Als dit vermoed wordt, trek de sonde terug en herplaats als de patiënt zich heeft hersteld.

- Verwijder de sonde als er weerstand wordt gevoeld. Waarschuw een arts.

- Extra voorzichtigheid is geboden wanneer de patiënt een endotracheale tube heeft. De kans bestaat dat de tube de sonde in de trachea geleidt.

- Mislukken van de transpylorische passage: na overleg met een arts kan het gebruik van motiliteit bevorderende middelen worden overwogen; deze middelen moeten 10 minuten voor het inbrengen van de sonde aan de patiënt worden toegediend.

PLAATSIING VAN DE SONDE MET FLUOROSCOPIE, ENDOSCOPIE OF 2-TRAPS RÖNTGENPLAATSIING

Voor patiënten die bewusteloos zijn, geintubeerd, gesedeerd, beademd, weinig of geen kophalsreflex hebben en/of anderszins verzwakt zijn of helemaal geen maagmotiliteit hebben, kan één van de volgende procedures worden overwogen als alternatieve plaatsing van de sonde.

1. Fluoroscopische plaatsing

2. Endoscopische plaatsing

Gebruik standaard fluoroscopie / endoscopie procedures voor intragastrische plaatsing van voedingssondes.

Aanvullende stappen voor het postpylorisch plaatsen van de naso-intestinale-sonde:

Pak de sonde vast met de tang van de endoscoop, en breng endoscoop en sonde door de pylorus

Plaats de sonde zo ver mogelijk in de dunne darm, bij voorkeur voorbij het ligament van Treitz

Laat de sonde met de tang op zijn plaats zitten en trek de endoscoop zo ver mogelijk terug

Spoel de sonde met water via de voedraadconnector om de sonde stijf te maken

Verwijder de voedraad en trek de tang en endoscoop voorzichtig terug

Controleer de plaatsing van de sonde met röntgenfoto's

3. 2-traps röntgenplaatsing

Stap 1: Controleer dat de sonde niet in de bronchiën geplaatst is

Stap 2: Controleer de definitieve plaatsing

TOEDIENEN VAN MEDICATIE EN NAZORG

Voordat de naso-enterale route wordt gekozen om medicatie aan de patiënten toe te dienen, dienen zorgverleners de eventuele risico's in kaart te hebben gebracht. Passende hulpmiddelen waaronder spuiten dienen gebruikt te worden voor medicatietoediening via enterale voedingssondes met ENFit™-connectoren van een erkende norm (ISO80369-3) om misconnecties te voorkomen.

Controleer de positie van de sonde (cm markering bij het neusgat blijft hetzelfde):

- Iedere keer als de sondevoeding wordt vervangen.

- Bij twijfel over de correcte positie van de sonde.

- Controleer de fixatiepleister regelmatig.

ALGEMEEN ADVIES VOOR SPIJTEN EN DOORSPOELEN

- Spuit de sonde altijd door met water voor en na toediening van sondevoeding of medicatie en ten minste iedere 8 uur om verstopping van de sonde te voorkomen.

- Gebruik een enterale spuit (van minimaal 20 ml) om de sonde gecontroleerd door te spuiten.

- Gebruik voor het toedienen van medicatie via de sonde altijd een aangepaste spuit voor het toe te dienen volume aan medicatie en dien gecontroleerd toe. Zorg ervoor dat, indien meerdere medicamenten op hetzelfde moment worden toegediend, tussen verschillende medicijnen steeds goed wordt gespoeld.

- Forceer niets. Bij weerstand, stop de procedure en raadpleeg de arts.

VERWIJDERING

De Flocare Bengmark® Naso-intestinale sonde is bedoeld voor kortdurend gebruik tot 6 weken. Vervanging of verwijdering van de sonde kan van deze aanbeveling afwijken, op basis van medisch onderzoek, levensduur van het product en / of mogelijke ongemakken voor de patiënt en dient onder medisch toezicht te gebeuren. De sonde dient te worden vervangen in het geval van een breuk, verstopping, losraken of degradatie van de sonde.

De Bengmark® Naso-intestinale sonde kan verwijderd worden door de sonde voorzichtig uit de neus van de patiënt te trekken. Verwijdering dient altijd onder medisch toezicht te gebeuren.

Gooi het product en de verpakking na gebruik weg in overeenstemming met het ziekenhuis-, administratief en/of plaatselijk beleid.

MOGELIJKE COMPLICATIES

De meest gemelde complicaties bij naso-enterale voedingssondes zijn respiratoire complicaties als gevolg van een verkeerde plaatsing van de sonde. Andere mogelijke mechanische complicaties worden hieronder opgesomd:

- Incorrecte intubatie
- Obstructie van de sonde
- Misconnecties
- Breuk / lekkage van de sonde
- Dislocatie van de sonde
- Irritatie / pijn in de oesophagus, pharynx of rond de neusgaten
- Drukletsel als gevolg van fixatie

Algemene mogelijke complicaties bij enterale voeding zijn van gastro-intestinale, metabole en infectieuze aard.

EENMALIG GEBRUIK

Dit product niet hergebruiken – Dit hulpmiddel niet hergebruiken, recyclen of hersteriliseren. Hergebruik, recyclen of hersterilisatie kan de integriteit van het hulpmiddel aantasten en leiden tot afwijkingen die, op hun beurt kunnen leiden tot letsel, ziekte of overlijden van de patiënt. Hergebruik, recyclen of hersterilisatie kan ook een risico op besmetting van het product opleveren en/of een infectie of kruisbesmetting van de patiënt veroorzaken, inclusief, maar niet beperkt tot, de overdracht van infectieziekte(n) van de ene patiënt op de andere. Besmetting van het product kan leiden tot letsel, ziekte of overlijden van de patiënt. Gooi het hulpmiddel en de verpakking na gebruik weg volgens de richtlijnen van het ziekenhuis en/of lokale overheid.

FR • SONDE NASO-INTESTINALE BENCHMARK®

DESCRIPTION DU PRODUIT

La sonde Flocare® Benchmark® est une sonde naso-intestinale dotée d'une extrémité spiralée Benchmark®, destinée à la nutrition entérale.

Ses caractéristiques sont les suivantes :

Matériau : Sonde en polyuréthane blanc entièrement radio opaque

Diamètre externe (charnières) : CH 8, CH 10

Longueur : 145 cm

Extrémité : extrémité bolus à 2 yeux latéraux, enduite d'Hydromer®

Spirale Benchmark® (brevetée) : 2,5 boucles d'un diamètre d'environ 3 cm et d'une longueur d'environ 23 cm. Ces boucles sont étirées avec le mandrin pendant l'insertion. Après retrait du mandrin, la spirale facilite le passage transpylorique et permet une fixation optimale dans l'intestin grêle.

Mandrin : mandrin pré-lubrifié métallique, partiellement introduit dans la sonde.

Connecteur : connecteur ENFit

INDICATIONS POUR UNE NUTRITION ENTÉRALE

La nutrition entérale, ou alimentation par sonde, est indiquée pour les patients à risque nutritionnel ou dénutris qui :

- Ne peuvent couvrir leurs besoins nutritionnels via une alimentation normale et ;
- Ont un tractus gastro-intestinal fonctionnel

INDICATIONS POUR UNE ALIMENTATION PAR SONDE NASO-INTESTINALE

Pour une administration à court terme – jusqu'à 6 semaines.

Indication pour raisons thérapeutiques :

- Nutrition entérale avec un tractus intestinal fonctionnel avec une vidange gastrique altérée
- Alimentation post-pylorique directement dans l'intestin grêle
- Patients présentant un risque accru de régurgitation de l'alimentation entérale et/ou d'inhalation pulmonaire.

L'utilisation systématique d'une pompe de nutrition entérale est recommandée en cas d'administration post-pylorique, afin de contrôler le débit.

CONTRE-INDICATIONS

Contre-indications absolues :

- Occlusion gastro-intestinale
- Perforation / fuite

Contre-indications relatives :

- Diminution sévère de la fonction intestinale, par exemple : malabsorption sévère, iléus paralytique ou mécanique
- Troubles de la motilité
- Abdomen aigu
- Maladie de Crohn sévère

Avertissement : tout incident grave survenu en rapport avec ce dispositif doit être signalé à Nutricia et à l'autorité compétente locale.

PLACEMENT DE LA SONDE

Les sondes naso-intestinales ne doivent être insérées que par des professionnels de santé en raison du risque de mauvais positionnement et de perforation œsophagienne ou pulmonaire.

Mode d'emploi pour les patients présentant une motilité gastrique (limitée) :

1. Expliquer au patient la procédure de mise en place de la sonde. Insérer le mandrin complètement dans la sonde et s'assurer qu'il est fermement attaché au connecteur (fig. 1). Installer le patient dans une position assise ou semi-couchée confortable. Pour déterminer la longueur de la sonde Bengmark® à insérer, mesurer la distance entre le bout du nez (N) et l'oreille (E), puis l'apophyse xiphoïde du sternum (X) (fig. 2). Faire une marque sur la sonde à cet endroit. Ajouter 2 autres marques, l'une à 25 cm, l'autre à 50 cm de la marque initiale.

3. Lubrifier l'extrémité et le premier cm de la sonde avec de l'eau, pour faciliter le passage (fig. 3).

4. Inspectez les narines du patient à la recherche d'une cloison nasale déviée ou de polypes nasaux visibles ; utiliser la plus grande narine et passer la sonde le long de la partie inférieure de la narine (fig. 4). Lorsque la sonde est au niveau du pharynx, demander au patient de pencher la tête en avant et d'avaler aussi souvent que possible. Pousser la sonde doucement sans jamais forcer. Ne pas placer la sonde par inadvertance dans la trachée ! Continuer jusqu'à atteindre la première marque. Donner quelque chose à boire ou à manger (si cela est possible) peut favoriser la migration de la sonde.

Attention : ne jamais connecter la sonde à la tubulure à cette étape (fig. 5). Avant que le positionnement correct ne soit confirmé, n'administrer aucun liquide à travers la sonde :

- Ne pas rincer la sonde

- Ne pas lubrifier le mandrin interne

5. Confirmer le positionnement de la sonde :

(fig. 6) Aspiration du contenu gastrique

Aspirer le contenu gastrique par le connecteur ENFit du mandrin.

(fig. 7) Mesure du pH

Mesurer le pH du contenu aspiré. Un pH $\leq 5,5$ indique un placement gastrique correct. Il est conseillé de vérifier la bonne position de la sonde par un contrôle radiologique. Les directives locales peuvent différer en termes de plage de pH acceptable pour confirmer l'emplacement de la sonde. Toujours consulter vos directives locales.

Au cas où il n'est pas possible d'aspirer ou si la valeur mesurée du pH est de 5,5 ou plus, confirmer le placement gastrique par radiographie.

Avertissement : veuillez suivre les procédures locales de radioprotection.

6. Après confirmation du bon positionnement de la sonde (fig. 6, 7, 8) injecter au moins 20-50 ml d'H₂O pour retirer le contenu gastrique de la sonde (fig. 9).

7. Retirer le mandrin de la sonde d'environ 25 cm (fig. 10). Puis continuer à passer la sonde jusqu'à la 2ème marque (fig. 11). Retirer alors complètement le mandrin.

8. Ne pas encore fixer la sonde sur le nez, utiliser temporairement le lobe de l'oreille comme point de fixation (fig. 11).

9. La motilité gastrique fait migrer la sonde en 8 à 12 heures à travers le pylore (fig. 12). Fixer la sonde dès que la 3ème marque est arrivée au niveau du nez du patient (fig. 13).

10. Avant de démarrer la nutrition entérale, vérifier la bonne position de la sonde par radiographie (fig. 14).

Avertissements :

- Une toux peut indiquer le passage de la sonde dans la trachée. Si une telle situation est suspectée, il faut retirer la sonde et la réinsérer, une fois que le patient est à l'aise.

- Si une résistance est rencontrée, retirer la sonde. Aviser le médecin.

- Une attention particulière doit être apportée si une sonde endotrachéale est en place, car cela peut avoir tendance à guider la sonde d'alimentation dans la trachée.

- Échec du passage transpylorique : après consultation appropriée d'un professionnel de santé, l'utilisation d'agents de motilité intestinale peut être envisagée et doit être administrée aux patients 10 minutes avant le passage de la sonde.

POSE DE LA SONDE SOUS FLUOROSCOPIE, ENDOSCOPIE OU RADIOGRAPHIE EN 2 ÉTAPES

Pour les patients inconscients, intubés, sous sédatifs, ventilés, qui ont un réflexe nauséux minime ou absent et/ou qui sont autrement affaiblis ou qui n'ont aucune motilité gastrique, l'une des procédures suivantes peut être recommandée comme alternative :

1. Pose de la sonde sous fluoroscopie

2. Pose de la sonde sous endoscopie

Utiliser les procédures standards de fluoroscopie/endoscopie pour le placement intragastrique des sondes d'alimentation.

Étapes supplémentaires pour le passage de la sonde naso-intestinale à travers le pylore :

Saisir la sonde avec la pince de l'endoscope, et avancer l'endoscope et la sonde à travers le pylore

Placer la sonde aussi loin que possible dans l'intestin grêle, de préférence au-delà du ligament suspenseur du duodénum

Laisser la sonde avec la pince en place et retirer l'endoscope le plus loin possible

Rincer la sonde avec de l'eau via le connecteur du mandrin pour la raidir

Retirer le mandrin et retirer la pince et l'endoscope avec précaution

Vérifier la position de la sonde par radiographie

3. Placement sous radiographie en deux étapes

Étape 1 : Confirmer que la sonde n'est pas entrée dans l'arbre bronchique

Étape 2 : Confirmer le placement final

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET ENTRETIEN

Les soignants doivent appliquer une approche basée sur l'évaluation du risque avant de choisir la voie nasogastrique pour administrer certains médicaments au patient.

Des accessoires appropriés, y compris des seringues, doivent être utilisés pour l'administration de médicaments par des sondes d'alimentation entérale en utilisant les connecteurs ENFit™ conformes à une norme reconnue (ISO80369-3) afin d'éviter les erreurs de connexion.

Vérifier la position de la sonde (s'assurer que le repère en cm au niveau de la narine reste au même endroit) :

- Chaque fois que vous changez l'alimentation
- En cas de doute sur la position correcte de la sonde

Vérifier régulièrement le sparadrap de fixation.

-Rincez régulièrement la sonde avec de l'eau avant et après l'administration d'alimentation ou de médicaments et au moins toutes les 8 heures, pour éviter l'obstruction de la sonde.

-Dans la mesure du possible, utilisez une seringue entérale (taille minimale de 20 ml) pour rincer la sonde et rincez toujours de manière contrôlée.

-Pour l'administration de médicaments directement dans la sonde, utilisez toujours une seringue entérale de taille appropriée au volume de médicament, mais assurez-vous que l'administration est contrôlée. Si plusieurs médicaments sont administrés en même temps, assurez-vous que la sonde est bien rincée entre chaque type de médicament.

-Ne jamais utiliser une force excessive. En cas de résistance, arrêtez la procédure et consultez le médecin.

RETRAIT

La sonde d'alimentation naso-intestinale Flocare Bengmark® est recommandée pour une alimentation par sonde de courte durée, jusqu'à 6 semaines.

Le remplacement ou le retrait du produit peut différer de cette recommandation, en fonction de l'examen médical, de la viabilité du produit et/ou des inconvénients potentiels pour le patient et doit être effectué sous contrôle et surveillance médicale. Le remplacement de la sonde doit être effectué en cas de rupture, d'occlusion, de délogement ou de dégradation.

La sonde naso-intestinale Bengmark® peut être retirée en tirant doucement sur la sonde pour la sortir du nez du patient. Le retrait doit toujours être effectué sous contrôle médical.

Après utilisation, l'élimination du dispositif et de son conditionnement se feront dans le respect de la réglementation et des procédures en vigueur dans l'établissement.

COMPLICATIONS POTENTIELLES

Les complications les plus fréquemment signalées des sondes d'alimentation naso-intestinales sont d'ordre respiratoire et sont dues à un mauvais positionnement de la sonde. D'autres complications mécaniques potentielles sont listées ci-dessous :

- intubation incorrecte,
- obstruction de la sonde,
- mauvais raccords,
- rupture ou pliage de la sonde,
- dislocation de la sonde,
- irritation/douleur de l'œsophage, du pharynx ou autour des narines,
- blessure par pression liée à la fixation.

Les complications générales potentielles de l'alimentation entérale sont gastro-intestinales, métaboliques et infectieuses.

Ne pas réutiliser, retraiter ou restériliser ce dispositif. La réutilisation, le retraitement ou la restérilisation de ce dispositif peuvent compromettre son intégrité et/ou l'endommager et sont donc susceptibles de présenter un risque grave pour la santé du patient (maladie, blessure, décès). La réutilisation, le retraitement ou la restérilisation peuvent conduire à la contamination du dispositif et constituent un risque infectieux, direct ou croisé, pour le patient incluant mais non limité à la transmission de maladies infectieuses d'un patient à l'autre. La contamination de ce dispositif est susceptible de présenter un risque grave (maladie, blessure, décès) pour le patient. Après utilisation, l'élimination du dispositif et de son conditionnement se feront dans le respect de la réglementation et des procédures en vigueur dans l'établissement.

ES • SONDA NASOINTESTINAL BENCHMARK®

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO:

La sonda Naso-Intestinal Flocare Benchmark® es una sonda intestinal transnasal con una punta espiral Benchmark® diseñada para la administración de nutrición enteral. Las características de las sondas son las siguientes:

Material de la sonda: sonda de poliuretano, blanca totalmente opaca

Diámetro externo: CH8 o CH10

Longitud: 145 cm

Extremo distal con dos orificios laterales

Revestimiento Hydromer® en el extremo.

Espiral Benchmark® (patentada): espiral de 2,5 vueltas con un diámetro de aprox. 3 cm y una longitud de unos 23 cm. Estas vueltas se enderezan con una guía durante la inserción. Tras la retirada de la guía, la espiral facilita el paso transpilórico y permite una fijación óptima en el intestino delgado.

Cable guía: Cable guía metálico prelubricado, parcialmente introducido en la sonda.

Conector: Conector ENFit.

INDICACIONES PARA LA NUTRICIÓN POR SONDA O NUTRICIÓN ENTERAL

La nutrición enteral o la nutrición por sonda está indicada en pacientes con riesgo nutricional o desnutrición que:

- No puedan satisfacer sus necesidades de nutrientes mediante la ingesta dietética normal y;
- Tienen un tracto gastrointestinal funcional

INDICACIONES DE USO DE LAS SONDAS DE NUTRICIÓN NASO-INTESTINAL

Para uso de administración a corto plazo: hasta 6 semanas.

Indicación por razones terapéuticas:

- Nutrición enteral con tracto intestinal funcional con vaciado gástrico alterado
- Nutrición post-pilórica directamente en el intestino delgado
- Pacientes con mayor riesgo de regurgitación de la dieta enteral y/o aspiración pulmonar.

Se recomienda administrar siempre la nutrición en el intestino delgado utilizando una bomba de nutrición enteral para controlar el caudal.

CONTRAINDICACIONES

Contraindicaciones absolutas:

- Obstrucción gastrointestinal
- Perforación/ fuga

Contraindicaciones relativas:

- Disminución severa de la función intestinal, como por ejemplo: malabsorción severa, íleo-paralítico o mecánico
- Trastornos de la motilidad
- Abdomen agudo
- Enfermedad de Crohn grave

Aviso: cualquier incidente grave que haya ocurrido en relación con este dispositivo debe ser comunicado a Danone Nutricia y a la autoridad local competente

COLOCACIÓN DE TUBOS:

Las sondas de nutrición naso-intestinal deben ser insertadas por profesionales sanitarios capacitados debido al riesgo de colocación errónea y de perforación esofágica o pulmonar.

Instrucciones de uso para pacientes con motilidad gástrica (limitada):

1. Aconsejar al paciente sobre el procedimiento de colocación. Introducir completamente la aguja guía en la sonda y asegurarse de que está firmemente unida al conector (fig. 1).

2. Coloque al paciente en una posición cómoda, sentado o semiacostado. 3. Para determinar la longitud del tubo Bengmark® que debe insertarse, mida la distancia desde la punta de la nariz (N), hasta la oreja (E) y luego hasta la apófisis xifoides del esternón (X) (fig. 2). Marque el tubo en este punto. Haga 2 marcas adicionales, a 25 cm y a 50 cm después de la primera marca.

3. Lubrique la punta y los primeros cm de la sonda con agua, para facilitar la inserción (fig.3).

4. Inspeccione las fosas nasales del paciente para ver si hay un tabique desviado o pólipos nasales visibles; utilice la fosa nasal más grande y pase la sonda por la parte inferior de la fosa nasal (fig. 4). Cuando la sonda llegue a la garganta, incline la cabeza del paciente hacia delante y pídale que trague lo más posible. Empuje la sonda con suavidad, nunca la fuerza. Evite la colocación inadvertida del tubo en la tráquea. Continúe hasta que se alcance la primera marca premeditada. Dar algo de beber o comer (si es posible) puede estimular la migración del tubo.

Advertencia: No conecte la sonda Bengmark® NI con el set de nutrición en esta fase (fig. 5). Antes de que se confirme la correcta colocación, no administre ningún líquido a través de la sonda:

- No enjuague la sonda

- No lubrique el cable guía

5. Confirmar la posición de la sonda:

(fig. 6) Aspiración del contenido gástrico

Obtenga una aspiración del contenido gástrico a través del conector ENFit del mango de la guía.

(fig. 7) Medición del pH

Mida el valor del pH del aspirado. Un pH $\leq 5,5$ indica una colocación gástrica. Las directrices locales pueden diferir en cuanto al rango de pH aceptable para confirmar la colocación de la sonda nasogástrica. Consulte siempre las directrices locales

(fig. 8) Confirmación radiográfica

En caso de que no se obtenga ningún aspirado, o que el valor de pH medido sea de 5,5 o superior; confirme la colocación gástrica mediante una radiografía.

Advertencia: Siga los procedimientos locales de protección contra la radiación.

6. Tras comprobar la posición de la sonda (fig. 6, 7, 8) inyecte al menos 20-50 ml de agua para eliminar el contenido gástrico de la sonda. (fig.9).

7. Saque +25cm de la guía de la sonda (fig.10). A continuación, siga pasando la sonda hasta llegar a la segunda marca (fig. 11). Ahora saque la guía del tubo por completo.

8. No fije aún la sonda a la nariz, utilice el lóbulo de la oreja como punto de fijación temporal.

9. En 8-12 horas la motilidad gástrica habrá desplazado la sonda a través del píloro (fig. 12). Asegure la sonda una vez que la tercera marca de la sonda esté en la nariz del paciente (fig. 13).

10. Antes de administrar cualquier nutrición enteral, compruebe si la sonda está colocada correctamente mediante una radiografía (fig. 14).

Advertencias:

- La tos puede indicar el paso de la sonda a la tráquea. Si se sospecha esto, retire la sonda y vuelva a introducirla cuando el paciente se sienta cómodo.

- Si se encuentra resistencia, retire el tubo. Avisar al médico.

- Se debe tener especial cuidado si hay una sonda endotraqueal colocada, ya que puede tender a guiar la sonda de nutrición hacia la tráquea.

- Fracaso del paso transpilórico: tras una consulta adecuada con un clínico, puede considerarse el uso de agentes de motilidad intestinal, que deben administrarse a los pacientes 10 minutos antes de pasar la sonda

COLOCACIÓN DE LA SONDA MEDIANTE FLUOROSCOPIA, ENDOSCOPIA O RADIOGRAFÍA DE DOS FASES

Para los pacientes que están inconscientes, intubados, sedados, ventilados, que tienen un reflujo nauseoso mínimo o ausente y/o que están debilitados o no tienen ninguna motilidad estomacal, se puede considerar uno de los siguientes procedimientos como una colocación de sonda alternativa.

1. Colocación de la sonda mediante fluoroscopia

2. Colocación de la sonda mediante endoscopia

Utilice los procedimientos estándar de fluoroscopia/endoscopia para la colocación de sondas intragástricas.

Pasos adicionales para la colocación de la sonda Naso Intestinal para que pase por el píloro:

Sujetar la sonda con las pinzas del endoscopio y hacer avanzar el endoscopio y la sonda a través del píloro

Colocar la sonda lo más lejos posible en el intestino delgado, preferiblemente más allá del ligamento de Treitz

Dejar la sonda con las pinzas en su sitio y retirar el endoscopio lo más lejos posible

Lavar la sonda con agua a través del conector de la guía para endurecerla

Retirar la guía metálica y retirar las pinzas y el endoscopio con cuidado

Verificar la colocación del tubo con rayos X

3. Colocación del tubo mediante radiografía en dos fases

Etapas 1 : confirmar que el tubo no ha entrado en el árbol bronquial

Etapas 2 : confirmar la colocación final

- Administración de la medicación y cuidados posteriores

Los cuidadores deben aplicar un enfoque basado en el riesgo antes de seleccionar la vía nasointestinal para administrar la medicación al paciente. Para la administración de la medicación a través de las sondas de nutrición enteral se deben utilizar los auxiliares adecuados, incluidas las jeringas, utilizando conectores ENFit™ de una norma reconocida (ISO80369-3) para evitar errores de conexión.

Compruebe la posición de la sonda (la marca de centímetros en la fosa nasal sigue siendo la misma):

- Cada vez que se cambie la nutrición del tubo.

- Cuando tenga dudas sobre si el tubo está en la posición correcta.

Compruebe regularmente la cinta de fijación.

POLÍTICA GENERAL DE LIMPIEZA Y USO DE JERINGUILLAS

- Enjuague de manera rutinaria la sonda con agua antes y después de la administración del alimento o la medicación y al menos cada 8 horas para evitar la obstrucción de la sonda.

- En la medida de lo posible, utilizar una jeringa enteral (tamaño mínimo de 20 ml) para enjuagar la sonda, siempre de manera controlada.

- Para la administración de medicamentos directamente por la sonda, siempre administrarla con una jeringa enteral del tamaño adecuado para el volumen de medicamento, siempre asegurándose de que la administración sea controlada. En caso de que se administre más de un medicamento a la vez, asegurar que el tubo esté bien lavado entre los distintos medicamentos.

- Nunca utilizar demasiada fuerza. Si hay alguna resistencia, detener el procedimiento y consultar al médico.

EXTRACCIÓN

La sonda de nutrición naso-intestinal Flocare Bengmark® se recomienda para la nutrición por sonda a corto plazo, hasta 6 semanas. La sustitución o retirada del producto puede diferir de esta recomendación, en función del examen médico, de la viabilidad del producto y/o de los posibles inconvenientes para el paciente, y debe realizarse bajo control y supervisión médica. La sustitución del tubo debe realizarse en caso de rotura, oclusión, desprendimiento o degradación del mismo.

La sonda nasogástrica Bengmark® puede retirarse tirando suavemente de ella para sacarla de la nariz del paciente. La extracción debe realizarse siempre bajo supervisión médica.

Después de su uso, deseche el producto y el embalaje de acuerdo con la política hospitalaria, administrativa y/o local.

POSIBLES COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes de las sondas de nutrición nasoentéricas son las respiratorias debidas a la mala colocación de la sonda. A continuación se enumeran otras posibles complicaciones mecánicas:

- Intubación incorrecta,
- obstrucción de la sonda,
- conexiones erróneas,
- rotura/torsión de la sonda,
- dislocación del tubo,
- irritación/dolor de esófago, faringe o alrededor de las fosas nasales,
- lesiones por presión relacionadas con la fijación.

Las complicaciones potenciales generales de la nutrición enteral son gastrointestinales, metabólicas e infecciosas

USO PARA UN SOLO PACIENTE

No reutilice este producto - No reutilice, reprocese o reesterilice este dispositivo. La reutilización, el reprocesamiento o la reesterilización pueden comprometer la integridad estructural del dispositivo y/o provocar un fallo del mismo que, a su vez, puede provocar lesiones, enfermedades o la muerte del paciente. La reutilización, el reprocesamiento o la reesterilización también pueden crear un riesgo de contaminación del dispositivo y/o causar una infección del paciente o una infección cruzada, incluyendo, pero sin limitarse a, la transmisión de enfermedades infecciosas de un paciente a otro. La contaminación del producto puede provocar lesiones, enfermedades o la muerte del paciente.

IT • SONDINO NASOINTESTINALE BENGMARK®

DESCRIZIONE DEL PRODOTTO

Il sondino di alimentazione naso-intestinale Flocare Bengmark, è un sondino intestinale transnasale con punta a spirale Bengmark, progettato per la somministrazione di alimentazione enterale.

La sonda ha le seguenti caratteristiche:

Materiale: sonda in poliuretano bianco completamente opaco

Diametro esterno: CH8 o CH10

Lunghezza: 145 cm

Suggerimento: punta a proiettile con 2 uscite laterali

Rivestimento di Hydromer® sull'estremità.

Spirale Bengmark (brevetata): 2,5 anelli con un diametro di ca. 3cm e una lunghezza di ca. 23 cm. Questi anelli sono raddrizzati con un filo guida durante l'inserimento. Dopo la rimozione del filo guida, la spirale facilita il passaggio transpilorico e consente un fissaggio ottimale nell'intestino tenue.

Filo guida: Un filo guida metallico prelubrificato, parzialmente introdotto nel tubo.

Connettore: Connettore ENFit.

INDICAZIONI PER L'ALIMENTAZIONE ENTERALE O PER SONDA

L'alimentazione enterale o tubolare è indicata a pazienti a rischio nutrizionale o malnutriti che:

- non sono in grado di soddisfare il loro fabbisogno nutrizionale con una normale assunzione alimentare e
- hanno un tratto gastrointestinale funzionale

INDICAZIONI PER L'USO DI SONDE PER L'ALIMENTAZIONE NASO-INTESTINALE

Per l'uso di somministrazione a breve termine - fino a 6 settimane.

Indicazione per motivi terapeutici:

- Alimentazione enterale con tratto intestinale funzionale con svuotamento gastrico alterato
- Alimentazione post pilorica direttamente nel l'intestino tenue
- Pazienti con un rischio maggiore di rigurgito della dieta enterale e/o aspirazione polmonare.

Si raccomanda di fornire sempre alimento nell'intestino tenue utilizzando una pompa di alimentazione enterale per controllare la portata.

CONTROINDICAZIONI

Controindicazioni assolute:

- Ostruzione gastrointestinale
- Perforazione/ perdite

Controindicazioni relative:

- Grave diminuzione della funzione intestinale, ad esempio: grave malassorbimento, ileo paralitico o meccanico
- Disturbi della motilità
- Addome acuto
- Malattia grave di Crohn

Avviso: qualsiasi grave incidente verificatosi in relazione a questo dispositivo deve essere segnalato a Nutricia e all'autorità locale competente.

POSIZIONAMENTO DELLA SONDA

Le sonde naso-intestinale dovrebbero essere inserite da professionisti sanitari qualificati a causa del rischio di errata collocazione e perforazione esofagea o polmonare.

Istruzioni per l'uso per i pazienti con motilità gastrica (limitata):

1. Informare il paziente della procedura di collocamento. Inserire completamente il filo di guida nel tubo e assicurarsi che sia saldamente fissato al connettore (fig.1).
2. Posizionare il paziente in posizione seduta o semisdraiata. Per determinare la lunghezza del tubo di Bengmark da inserire, misurare la distanza dalla punta del naso (N), all'orecchio (E), e quindi al processo xifoidale dello sterno (X) (fig.2). Segnare il tubo a questo punto. Fare 2 segni aggiuntivi, a 25 cm e a 50 cm dopo il primo segno.
3. Lubrificare la punta e il primo cm del tubo con acqua, per facilitarne l'inserimento (fig.3).
4. Ispezionare le narici del paziente alla ricerca di un setto deviato o di polipi nasali visibili; utilizzare la narice più grande e passare il tubo lungo il fondo della narice (fig.4). Quando il tubo raggiunge la gola, piegare la testa dei pazienti in avanti e chiedere loro di

deglutire il più spesso possibile. Spingere delicatamente il tubo, non forzarlo mai. Evitare il posizionamento involontario del tubo nella trachea! Continuare fino a raggiungere il primo segno pre-misurato. Dare qualcosa da bere o da mangiare (se possibile) può stimolare la migrazione del tubo. Attenzione: In questa fase non collegare la sonda Bengmark.NI con il set di alimentazione (fig. 5). Prima che il

corretto posizionamento sia confermato non somministrare liquidi attraverso il tubo:

- Non sciacquare il tubo

- Non lubrificare il filo guida interno

5. Confermare la posizione del tubo:

(fig 6) Aspirazione del contenuto gastrico

Aspirare il contenuto gastrico attraverso il connettore ENFit sull'impugnatura del filo guida.

(fig 7) misura del pH

Misurare il pH dell'aspirato. Un pH 5.5 indica un posizionamento gastrico. Le linee guida locali possono differire in termini di intervallo di pH accettabile per confermare il posizionamento del tubo NG. Consultare sempre le linee guida locali

(fig 8) Conferma radiografica

Nel caso in cui non si ottiene aspirato, o il valore di pH misurato è 5,5 o superiore; Confermare il posizionamento gastrico a raggi X.

Attenzione: Si prega di seguire le procedure di radioprotezione locali.

6. Dopo aver controllato la posizione della provetta (fig. 6, 7, 8) iniettare almeno 20-50 ml di H₂O per eliminare il contenuto gastrico dalla provetta. (fig.9).

7. Tirare 25cm di filo guida fuori dal tubo (fig.10). Poi continuare passando il tubo fino a raggiungere il secondo segno (fig.11). Ora estrarre completamente il filo guida dal tubo. 8. Non fissare ancora il tubo al naso, utilizzare il lobo dell'orecchio come punto di fissaggio temporaneo.

9. Entro 8-12 ore la motilità gastrica avrà spostato il tubo attraverso il piloro (fig.12). Fissare il tubo una volta che il terzo segno sul tubo è sul naso dei pazienti (fig. 13).

10. Prima di somministrare qualsiasi nutrizione enterale, controllare se il tubo è posizionato correttamente dai raggi X (fig.14).

Avvertenze:

- La tosse può indicare il passaggio del tubo nella trachea. In caso di sospetto, rimuovere il tubo e reinserirlo una volta che il paziente è a suo agio.

- In caso di resistenza, rimuovere il tubo. Informare il medico.

- Occorre prestare particolare attenzione se è presente un tubo endotracheale, in quanto può tendere a guidare il tubo di alimentazione nella trachea.

- Fallimento del passaggio transpilorico: a seguito di un'adeguata consultazione con un clinico, l'uso di agenti di motilità intestinale può essere considerato e deve essere somministrato ai pazienti 10 minuti prima di inserire il tubo.

POSIZIONAMENTO DELLA SONDA MEDIANTE FLUOROSCOPIA, ENDOSCOPIA O RADIOGRAFIA A DUE FASI

Per pazienti che sono incoscienti, intubati, sedati, ventilati, che hanno il reflusso faringeo minimo o assente e/o che sono altrimenti debilitati o che non hanno mobilità dello stomaco, può essere considerata una delle seguenti modalità alternative per posizionare il tubo.

1. Disposizione del tubo facendo uso della fluoroscopia
2. Posizionamento del tubo mediante endoscopia
Utilizzare procedure standard di fluoroscopia/ endoscopia per il posizionamento di tubi di alimentazione intragastrica. Ulteriori passaggi per posizionare il tubo NI per passare attraverso il piloro:
Afferrare il tubo con una pinza endoscopica, e avanzare endoscopio e tubo attraverso piloro
Posizionare il tubo il più possibile nell'intestino tenue, preferibilmente oltre il legamento di Treitz
Lasciare il tubo con le pinze in posizione e ritirare l'endoscopio per quanto possibile.
Risciacquare il tubo con acqua tramite connettore a filo guida per irrigidire il tubo
Rimuovere il filo guida e ritirare con attenzione le pinze e l'endoscopio
Verifica del posizionamento del tubo con i raggi X
3. Posizionamento del tubo mediante raggi X a 2 stadi
Fase 1 : confermare che il tubo non è entrato nell'albero bronchiale
Fase 2 : confermare il posizionamento finale.

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E SUCCESSIVA ASSISTENZA

I caregiver dovrebbero applicare un approccio basato sul rischio prima di selezionare la via nasointerale per la somministrazione di farmaci al paziente. Dovrebbero essere usati accessori appropriati, incluse le siringhe, per la somministrazione di farmaci attraverso i tubi di alimentazione enterale che utilizzano connettori ENFit di uno specifico standard riconosciuto (ISO80369-3), al fine di evitare errori di collegamento.

POLITICA GENERALE DI LAVAGGIO E USO DELLE SIRINGHE

Controllare la posizione del tubo (cm marchio alla narice rimane lo stesso):

- Ogni volta che l'alimentazione del tubo viene cambiata.
- In caso di dubbio se il tubo è nella posizione corretta.

Controllare regolarmente il nastro di fissaggio.

- Lavare regolarmente la sonda con acqua prima e dopo la somministrazione di cibo o farmaci e almeno ogni 8 ore per evitare il blocco del sondino.
- Se possibile, utilizzare una siringa enterale (dimensione minima di 20ml) per il lavaggio della sonda e lavare sempre in modo controllato.
- Per la somministrazione del farmaco attraverso la sonda, inserire sempre con una siringa enterale di dimensioni adeguate al volume di farmaco, ma assicurarsi che la somministrazione avvenga in modo controllato. Nel caso in cui più di un farmaco venga somministrato in una sola volta; assicurarsi che la sonda sia accuratamente lavata tra i passaggi.
- Non usare mai una forza eccessiva. Se c'è qualche resistenza, interrompere la procedura e consultare il proprio medico.

RIMOZIONE

Il tubo per l'alimentazione naso-intestinale di FloCare Bengmark, è raccomandato per l'alimentazione enterale a breve termine fino a 6 settimane. La sostituzione o la rimozione del prodotto può differire dalla presente raccomandazione, in base all'esame medico, alla fattibilità del prodotto e/o ai potenziali inconvenienti per il paziente e deve essere eseguita sotto controllo e supervisione del medico. La sostituzione del tubo deve essere eseguita in caso di rottura del tubo, occlusione, spostamento o degradazione.

Il Tubo Naso-intestinale Bengmark, può essere rimosso estraendo delicatamente il tubo dal naso del paziente. La rimozione deve sempre essere eseguita sotto controllo medico.

Dopo l'uso, smaltire il prodotto e l'imballaggio in conformità con la politica ospedaliera, amministrativa e/ o locale.

POSSIBILI COMPLICAZIONI

Le complicazioni comunemente riferite a tubi di alimentazione nasointerale sono di tipo respiratorio, dovute all'errato posizionamento del tubo. Altre potenziali complicazioni meccaniche sono elencate di seguito:

- intubazione non corretta,
- ostruzione del tubo,
- Errori di connessione,
- rottura/attorcigliamento del tubo,
- dislocazione del tubo,

- irritazione/dolore dell'esofago, della faringe o intorno alle narici del naso,
- lesione da pressione relativa alla fissazione.

Le potenziali complicazioni generali per l'alimentazione enterale sono gastro-intestinali, metaboliche e infettive.

PER SINGOLO PAZIENTE

Non riutilizzare questo prodotto - Non riutilizzare, rigenerare o ri-sterilizzare questo dispositivo. Il riutilizzo, il ritrattamento o la ri-sterilizzazione possono compromettere l'integrità strutturale del dispositivo e/o causare malfunzionamenti che, a loro volta, possono comportare lesioni, malattie o morte del paziente. Il riutilizzo, il ritrattamento o la ri-sterilizzazione possono anche creare un rischio di contaminazione del dispositivo e/o causare infezioni o infezioni crociate tra i pazienti, compresa, ma non solo, la trasmissione di malattie infettive (malattie) da un paziente all'altro. La contaminazione del dispositivo può comportare lesioni, malattie o morte del paziente. Dopo l'uso, smaltire il prodotto e l'imballaggio in conformità con la politica ospedaliera, amministrativa e/o del governo locale.

PT • SONDA DE ALIMENTAÇÃO NASOINTESTINAL BENCHMARK®

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

A sonda de alimentação Nasointestinal Flocare Benchmark® é uma sonda intestinal transnasal com uma ponta espiral Benchmark® concebida para a administração de alimentação entérica.

A sonda tem as seguintes características:

Material da sonda: sonda de poliuretano totalmente opaco branco

Diâmetro externo: CH8 ou CH10

Comprimento: 145 cm

Ponta: Ponta de bala com 2 saídas laterais

Revestimento Hydromer® na ponta

Espiral Benchmark® (patenteada): 2,5 voltas com um diâmetro de aprox. 3cm e comprimento de aprox. 23 cm.

Essas espirais são endireitadas com um fio-guia durante a inserção. Após a remoção do fio-guia, a espiral facilita a passagem transpilórica e permite uma fixação ideal no intestino delgado.

Fio-guia: Fio-guia metálico pré-lubrificado, parcialmente introduzido na sonda.

Conector: Conector ENFit.

INDICAÇÕES PARA A ALIMENTAÇÃO POR SONDA OU ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

A nutrição entérica ou alimentação por sonda é indicada para doentes em risco nutricional ou desnutridos que:

- Não conseguem satisfazer as suas necessidades nutricionais pela ingestão alimentar normal e;

- Têm um trato gastrointestinal funcional

INDICAÇÕES DE USOS DAS SONDAS DE ALIMENTAÇÃO NASO-GÁSTRICA

Para uso de administração a curto prazo – até 6 semanas.

Indicação por motivos terapêuticos:

- Alimentação entérica com trato intestinal funcional com esvaziamento gástrico prejudicado

- Alimentação pós-pilórica diretamente no intestino delgado

- Doentes com risco aumentado de regurgitação da dieta entérica e/ou aspiração pulmonar.

Recomenda-se sempre fornecer alimentação no intestino delgado usando uma bomba de alimentação entérica para controlar a taxa de fluxo.

CONTRAINDICAÇÕES

Contra-indicações absolutas:

- Obstrução intestinal

- Perfuração/vazamento

Contra-indicações relativas:

- Função intestinal gravemente diminuída, ou seja: malabsorção grave, íleo paralítico ou mecânico

- Distúrbios de motilidade

- Abdómen agudo

- Doença de Crohn grave

Aviso: qualquer incidente grave ocorrido em relação a este dispositivo deve ser comunicado à Nutricia e à autoridade local competente.

COLOCAÇÃO DA Sonda

As sondas de alimentação nasointestinais devem ser inseridas por profissionais de saúde treinados devido ao risco de posicionamento incorreto e perfuração esofágica ou pulmonar.

Instruções de uso para doentes com motilidade gástrica (limitada):

1. Informe o doente sobre o procedimento de colocação. Insira totalmente o fio-guia na sonda e certifique-se de que está firmemente preso ao conector (fig. 1).

2. Coloque o doente em posição confortável sentada ou semi-reclinada. Para determinar o comprimento da sonda Bengmark® a ser inserido, meça a distância da ponta do Nariz (N), à Orelha (E) e depois ao processo xifóide do esterno (X) (fig. 2). Marque a sonda neste ponto. Faça 2 marcas adicionais, a 25 cm e a 50 cm após a primeira marca.

3. Lubrifique a ponta e os primeiros cm da sonda com água, para facilitar a inserção (fig. 3).

4. Inspeção as narinas do doente quanto a desvio de septo ou pólipos nasais visíveis; use a narina maior e passe a sonda pelo fundo da narina (fig. 4). Quando a sonda atingir a garganta, incline a cabeça do doente para a frente e peça para engolir o mais rápido possível. Empurre a sonda suavemente, nunca o force. Evite a colocação inadvertida da sonda na traqueia! Continue até atingir a primeira marca pré-medida. Dar algo para beber ou comer (se possível) pode estimular a migração da sonda.

Aviso: Não conecte a sonda Bengmark® NI com o conjunto de alimentação nesta fase (fig. 5). Antes que a colocação correta seja confirmada, não administre nenhum fluido através da sonda:

- Não lave a sonda

- Não lubrifique o fio guia interno

5. Confirme a posição da sonda:

(fig. 6) Aspiração do conteúdo gástrico

Obtenha uma aspiração do conteúdo gástrico através do conector ENFit na espiral do fio-guia.

(fig. 7) Medição de pH

Meça o valor de pH do aspirado. Um pH $\leq 5,5$ indica uma colocação gástrica. As diretrizes locais podem diferir em termos da faixa de pH aceitável para confirmar a colocação da sonda NG. Consulte sempre as diretrizes locais

(fig. 8) Confirmação radiológica

Caso não seja obtido aspirado, ou o valor de pH medido seja 5,5 ou superior; Confirme a colocação gástrica por raios-X.

Aviso: Por favor, siga os procedimentos locais de proteção contra radiação.

6. Após verificar a posição da sonda (fig. 6, 7, 8) injete pelo menos 20-50 ml de água para remover o conteúdo gástrico da sonda. (fig. 9).

7. Puxe ± 25 cm do fio-guia para fora da sonda (fig. 10). Em seguida, continue passando a sonda até chegar à segunda marca (fig. 11). Agora puxe o fio-guia completamente para fora da sonda.

8. Não prenda ainda a sonda no nariz, use o lóbulo da orelha como ponto de fixação temporário.

9. Dentro de 8-12 horas a motilidade gástrica terá movido a sonda através do piloro (fig. 12). Prenda a sonda assim que a terceira marca da sonda estiver no nariz do doente (Fig. 13).

10. Antes de administrar qualquer nutrição entérica, verifique se a sonda está posicionada corretamente por meio de radiografia (fig. 14).

AVISOS:

A tosse pode indicar a passagem da sonda para a traqueia. Se houver suspeita, remova a sonda e reinsira-o quando o doente estiver confortável.

- Se encontrar resistência, remova a sonda. Avise o médico.

- Em caso de sonda endotraqueal deve ser tido especial cuidado, pois esta pode tender a guiar a sonda de alimentação para dentro da traqueia.

- Falha na passagem transpilórica: após consulta apropriada com um médico, o uso de agentes de motilidade intestinal pode ser considerado e deve ser administrado aos doentes 10 minutos antes da passagem da sonda.

COLOCAÇÃO DA Sonda POR MEIO DE FLUOROSCOPIA, ENDOSCOPIA OU RADIOGRAFIA DE DUAS FASES

Para doentes inconscientes, intubados, sedados, ventilados, com reflexo de vômito mínimo ou ausente e/ou debilitados ou sem motilidade estomacal, um dos seguintes procedimentos pode ser considerado como uma alternativa de colocação de sonda.

1. Colocação da sonda usando fluoroscopia

2. Colocação da sonda usando endoscopia

Use procedimentos padrão de fluoroscopia/endoscopia para colocação de sondas de alimentação intragástrica.

Etapas adicionais para passar a sonda NI pelo piloro:

Segure a sonda com a pinça do endoscópio e avance o endoscópio e a sonda através do piloro

Coloque a sonda o mais longe possível no intestino delgado, de preferência para além do ligamento de Treitz
 Deixe a sonda com a pinça no lugar e retire o endoscópio o máximo possível
 Lave a sonda com água através do conector do fio-guia para endurecer a sonda
 Remova o fio-guia e retire a pinça e o endoscópio com cuidado
 Verifique a colocação da sonda com raio-x
 3. Colocação da sonda usando raios-X de 2 estágios
 Estágio 1: confirme que a sonda não entrou na árvore brônquica
 Estágio 2: confirme a colocação final

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MONITORIZAÇÃO

Os cuidadores devem aplicar uma abordagem baseada no risco antes que a via nasoentérica seja selecionada para administrar a medicação ao doente. Auxiliares apropriados, incluindo seringas, devem ser usados para administração de medicamentos através de sondas de alimentação entérica usando conectores ENFit™ de norma reconhecida (ISO80369-3), para evitar erros de conexão.

Verifique a posição da sonda (a marca de cm na narina permanece a mesma):

- Cada vez que a alimentação da sonda é alterada.
- Na dúvida se a sonda está na posição correta.

Verifique a fita de fixação regularmente.

POLÍTICA DE LAVAGEM E USO DE SERINGAS

- Lave periodicamente a sonda com água antes e depois da administração de alimentação ou medicamento e pelo menos a cada 8 horas para evitar a obstrução do tubo.
- Sempre que possível, use uma seringa entérica (tamanho mínimo de 20mL) para enxaguar o tubo e sempre de maneira controlada.
- Para administração de fármacos diretamente no tubo de alimentação NG, administre sempre usando uma seringa entérica de tamanho apropriado para o volume do medicamento, mas certifique-se de que a administração é feita de maneira controlada. No caso de mais de um medicamento ser administrado ao mesmo tempo, certifique-se de que o tubo é bem lavado entre os mesmos
- Nunca use força excessiva. Se houver alguma resistência, pare o procedimento e consulte o seu médico.

REMOÇÃO

A sonda de alimentação nasointestinal Flocare Bengmark® é recomendada para alimentação por sonda de curta duração, até 6 semanas. A substituição ou remoção do produto pode diferir desta recomendação, com base no escrutínio médico, viabilidade do produto e/ou possíveis inconveniências ao doente e deve ser executada sob escrutínio e supervisão médica. A substituição da sonda deve ser realizada em caso de ruptura obstrução deslocamento ou degradação da sonda.

A sonda nasointestinal Bengmark® pode ser removida puxando suavemente a sonda para fora do nariz do doente. A remoção deve ser sempre realizada sob supervisão médica.

Após o uso, descarte o produto e a embalagem de acordo com a política hospitalar, administrativa e/ou local.

POTENCIAIS COMPLICAÇÕES

As complicações comumente relatadas de sondas nasoentéricas são respiratórias devido ao mau posicionamento da sonda. Outras possíveis complicações mecânicas estão listadas abaixo:

- intubação incorreta,
- obstrução da sonda,
- conexões erradas,
- ruptura/torção da sonda,
- deslocamento da sonda,
- Irritação/dor do esôfago, faringe ou ao redor das narinas do nariz,
- Lesão por pressão relacionada à fixação.

As potenciais complicações gerais da alimentação entérica são gastrointestinais, metabólicas e infecciosas.

USO ÚNICO INDIVIDUAL

Não reutilize este produto - Não reutilize, reprocesse ou reesterilize este dispositivo. Reutilizar, reprocessar ou reesterilizar pode comprometer a integridade estrutural do dispositivo e / ou levar à falha do dispositivo que, por sua vez, pode resultar em lesões, doenças ou morte do doente. A reutilização, reprocessamento ou reesterilização também podem criar um risco de contaminação do dispositivo e / ou causar infecção ou infecção cruzada no doente, incluindo, mas não se limitando a, transmissão de doenças infecciosas de um doente para outro. A contaminação do dispositivo pode causar ferimentos, doenças ou morte do doente. Após o uso, descarte o produto e a embalagem de acordo com a política do hospital, administrativa e / ou do governo local.

30

DA • BENCHMARK® NI TUBE

PRODUKTBESKRIVELSE

Flocare® Benchmark® Naso-Intestinalsonde er en transnasal intestinal sonde med en Benchmark®-spiralspids designet til administration af enteral ernæring.

Sonden har følgende karakteristika:

Materiale: Hvid røntgenfast polyurethan sonde.

Udvending diameter: Ch 8 eller Ch 10

Længde: 145 cm

Spids: Rund spids med 2 laterale huller.

Hydromer®-coating på spidsen.

Benchmark®-spiral (patenteret): 2,5 loops med en diameter på ca. 3 cm og en længde på ca. 23 cm. Disse loops er strakt ud af en guidewire under anlæggelse af sonden. Spiralens transpyloriske passage sker efter fjernelse af guidewiren og sikrer optimal fiksering i tyndtarmen.

Guide wire: En prelubrikeret metal guide-wire til indførsel i sonden.

Konnektor: ENFit™-konnektor

INDIKATIONER FOR SONDEERNÆRING ELLER ENTERAL ERNÆRING

Enteral ernæring eller sondeernæring er indikeret til patienter i ernæringsmæssig risiko eller underernærede, som:

- Ikke kan opfylde deres næringsbehov ved normalt kostindtag og;
- Har en fungerende mave-tarmkanal

INDIKATIONER FOR BRUG AF NASO-INTESTINALE SONDER

Til kortvarig administration – op til 6 uger.

Indikation af medicinske årsager:

- Enteral ernæring med fungerende tarmkanal med nedsat mavetømning
- Postpylorisk ernæring direkte ind i tyndtarmen
- Patienter med øget risiko for tilbageløb af enteral ernæring og/eller lungeaspiration.

Det anbefales altid at indgive ernæring i tyndtarmen ved hjælp af en enteral ernæringspumpe for at kontrollere indløbshastigheden.

KONTRAINDIKATIONER

Absolutte kontraindikationer:

- Gastrointestinal obstruktion
- Perforering/lækage

Relative kontraindikationer:

- Alvorlig nedsat tarmfunktion, dvs. alvorlig malabsorption, paralytisk eller mekanisk ileus
- Motilitetsforstyrrelser
- Akut abdomen
- Alvorlig Crohns sygdom

Bemærk: Enhver alvorlig hændelse, der er opstået i forbindelse med denne enhed, skal rapporteres til Nutricia og den lokale kompetente myndighed.

PLACERING AF SONDEN

Naso-intestinale ernæringssonde bør indsættes af sundhedspersonale på grund af risikoen for fejlplacering og øsofageal eller pulmonal perforation.

1. Informer patienten om, hvad der skal ske. Indsæt guidewiren i sonden og sørg for, at denne er ordentligt fastgjort i sondens konektor (fig. 1).
2. Patienten skal sidde i en komfortabel stilling eller ligge med hævet hovedgærde. Længden af Bengmark® sonden, der skal anlægges, bestemmes ved at måle længden fra næsetippen (N) og hen til øret (E) og derefter til spidsen af brystbenet (X) (fig. 2). Sæt et mærke svarende hertil på sonden. Sæt herudover 2 mærker, ét ved 25 cm - og ét ved 50 cm efter det første mærke.
3. Spidsen af sonden dyppes i vand, hvorved den hydromere coating letter indføringen (fig. 3).
4. Inspicer patientens næsebor for en afviget skillevæg eller synlige næsepolypper; vælg det bedst egnede næsebor, og lad sonden glide langs bunden af næseboret (fig. 4). Når sonden når svelget, bøjes patientens hoved forover, og patienten instrueres om synke så ofte som muligt. Skub sonden forsigtigt - pres aldrig. Vær opmærksom på, at sonden ikke kommer i luftrøret! Fortsæt indtil det første mærke, der er afsat på sonden, nås. Vandringen af sonden fra ventrikel til tarm kan stimuleres ved at give patienten noget at drikke eller spise (hvis muligt).

Advarsel: Tilslut ikke Benchmark® NI sonde med ernæringssettet på dette stadium (fig. 5).

Bekræft sondens beliggenhed i ventrikel før nogen form for væske ledes gennem den nasointestinale sonde:

- Skyl ikke sonden

- Fugt ikke den interne guidewire

5. Bekræft positionen af sonden:

(fig 6) Aspiration af maveindhold

Opnå en aspiration af maveindholdet gennem ENFit-konektor på guidewire-håndtaget.

(fig 7) pH-måling

Mål pH-værdien af aspiratet. En $pH \leq 5,5$ indikerer en gastrisk placering. Lokale retningslinjer kan afvige med hensyn til det acceptable pH-område til bekræftelse af placering af NG-sonden. Tjek lokale retningslinjer

(fig 8) Røntgenbekræftelse

Hvis der ikke opnås aspirat, eller den målte pH-værdi er $\geq 5,5$; Bekræft gastrisk placering ved røntgen.

Advarsel: Følg venligst de lokale strålebeskyttelsesprocedurer.

6. Efter at have undersøgt sondens beliggenhed (fig. 6, 7 og 8), indsprøjtes mindst 20-50 ml vand for at fjerne maveindhold fra sonden (fig. 9).

7. Træk ± 25 cm af guidewiren ud af sonden (fig. 10). Før sonden yderligere ned indtil 2. mærke, der er afsat på sonden, nås (fig. 11). Træk guidewiren helt ud af sonden.

8. Fastgør ikke sonden til næsen endnu, men læg den om bag øreflippen til midlertidig fiksering.

9. I løbet af 8-12 timer vil ventriklens motiliteten have ført sonden gennem pylorus (fig. 12). Fastgør sonden til det 3. mærke, der er afsat på sonden til patientens næse (fig. 13).

10. Før den første administration af enteral ernæring skal sondens korrekte placering kontrolleres ved hjælp af røntgen (fig. 14).

Advarsler:

- Hoste kan indikere passage af sonden ind i luftrøret. Hvis der er mistanke om dette, skal du fjerne sonden og sætte den i igen, når patienten har det godt.

- Hvis du støder på modstand, skal du fjerne sonden. Underret læge.

- Der skal udvises særlig forsigtighed, hvis en endotrachealsonde er på plads, da den kan have tendens til at lede ernæringssonden ind i luftrøret.

- Svigt af transpylorisk passage: efter konsultation med læge kan brugen af tarmmotilitetsmidler overvejes og bør gives til patienten 10 minutter før placering af sonden.

SONDEPLACERING VED HJÆLP AF FLUOROSKOPI, ENDOSKOPI ELLER 2-TRINS RØNTGEN

For patienter, som er bevidstløse, intuberet, bedøvet, ventileret, har minimal eller fraværende hosterefleks og/eller på anden måde er svækkede eller uden mavemotilitet, kan en af følgende procedurer overvejes som en alternativ sondeplacering.

1. Sondeplacering ved hjælp af fluoroskopi

2. Sondeplacering ved hjælp af endoskopi

Brug standard fluoroskopi/endoskopi procedurer til intragastrisk placering af ernæringssonder.

Yderligere trin til at placere NI-sonden for at passere gennem pylorus:

Tag fat i sonden med endoskopets pincet, og før endoskop og sonden gennem pylorus

Placer sonden så langt ind i tyndtarmen som muligt, helst forbi Treitz ligament

Efterlad sonden med pincetten på plads, og træk endoskopet ud så langt som muligt

Skyl sonden med vand via guidewire-konnektor for at afstive røret

Fjern guidewire og træk forsigtigt pincetten og endoskop ud

Bekræft sondens placering med røntgen

3. Placering af sonden ved hjælp af 2-trins røntgen

Trin 1: Bekræft, at sonden ikke er kommet ind i bronkialtræet

Trin 2: Bekræft endelig placering

ADMINISTRATION AF MEDICIN OG EFTERBEHANDLING

Der bør anvendes en risikobaseret fremgangsmåde, før den nasoenteriske rute vælges til at administrere medicin til patienten. Passende hjælpemidler, inklusiv sprøjter, bør anvendes til medicinadministration gennem enterale ernæringssonder ved at bruge ENFit™-konnektor af en anerkendt standard (ISO80369-3) for at undgå fejl tilslutning.

Tjek positionen af sonden (cm-mærket ved næseboret forbliver det samme):

- Hver gang sondeernæring tilsluttes.

- Ved tvivl om, hvorvidt sonden er i den rigtige position.

Tjek fastgørelsestapen regelmæssigt.

SKYLNING OG BRUG AF SPRØJTER

Skyl sonden rutinemæssigt med vand før og efter administration af sondeernæring eller lægemidler og mindst hver 8. time for at undgå tilstopning af sonden.

- Brug en enteral sprøjte (mindst 20 ml) til at skylle sonden og skyl altid på en kontrolleret måde.

- Til administration af lægemidler direkte i sonden anvendes en sprøjte af tilpas størrelse ift. mængden af lægemiddel, der skal administreres, men sørg for, at indgivelsen er kontrolleret. Ved indgivelse af mere end én type lægemiddel skal sonden skylles mellem hver type lægemiddel.

- Brug aldrig overdreven kraft. Hvis der opleves modstand, stop proceduren og konsulter en læge.

FJERNELSE

Flocare® Bengmark® Naso-Intestinal ernæringssonde anbefales til kortvarig sondeernæring i op til 6 uger. Udskiftning eller fjernelse af produktet kan afvige fra denne anbefaling, baseret på lægeundersøgelse, produktets levedygtighed og/eller potentielle ubehag for patienten og skal udføres under lægeundersøgelse og overvågning. Udskiftning af sonden bør udføres i tilfælde af brud på sonden, okklusion, forskydning eller nedbrydning.

Bengmark® Naso-Intestinal ernæringssonden kan fjernes ved forsigtigt at trække sonden ud af patientens næse. Fjernelse bør altid udføres under lægeligt tilsyn.

Efter brug skal produktet og emballagen bortskaffes i overensstemmelse med hospitalets, administrative og/eller lokale retningslinjer.

POTENTIELLE KOMPLIKATIONER

De almindeligt rapporterede komplikationer ved nasoenteriske ernæringssonder er respiratoriske på grund af fejlplacering af sonden. Andre potentielle mekaniske komplikationer er anført nedenfor:

- forkert intubation
- sondeobstruktion
- fejltilslutning
- brud/knæk i sonden
- sondedislokation
- irritation/smerter i spiserøret, svelget eller omkring næseborene
- trykskade relateret til fiksering

Generelle potentielle komplikationer til enteral ernæring er gastrointestinale, metaboliske og infektiøse.

KUN TIL ENGANGSBRUG

Dette produkt er kun til engangsbrug – enheden må ikke genanvendes, genprocesseres eller gensteriliseres. Genanvendelse, genprocessering eller gensterilisering kan kompromittere enhedens strukturelle integritet og/eller føre til fejl på enheden, som kan medføre personskade, sygdom eller død. Genanvendelse, genprocessering eller gensterilisering kan også medføre risiko for kontaminering og/eller føre til infektion eller krydsinfektion hos patienten, herunder, men ikke begrænset til, overførsel af infektionssygdomme fra en patient til en anden. Kontaminering af enheden kan føre til skade, sygdom eller død hos patienten. Efter brug bortskaffes produktet og emballagen i henhold til hospitalets, administrative og/eller lokale myndigheders forskrifter.

SV • BENCHMARK® NI SOND

PRODUKTBESKRIVNING

Flocare Benchmark® naso-intestinal sond är en transnasal sond med en Benchmark®-spiral i ena änden för placering i tunntarmen, som skall användas för enteral näringstillförsel.

Information om produkten:

Material: vit, röntgentät, polyuretansond

Ytterdiameter: Ch 8 eller Ch 10

Längd: 145 cm

Spets: Rundad Hydromer®-belagd spets med två laterala hål.

Benchmark®-spiral (patenterad): 2,5 öglor, ca. 3 cm i diameter och en längd på ca. 23 cm. Spiralen sträcks ut med hjälp av ledare under nedläggningen. När ledaren tas bort blir sonden återigen spiralformad, vilket underlättar sondens passage genom pylorus och fixeringen i tunntarmen.

Ledare: En inlojlad metalledare, delvis ilagd i sonden.

Koppling: ENFit-koppling

INDIKATIONER FÖR SONDNÄRING ELLER ENTERAL NUTRITION

Enteral nutrition eller sondnäring är indicerat för patienter med näringsrisk eller undernärda som:

- Inte kan täcka näringsbehoven via normalt kostintag och;

- Har en fungerande mag-tarmkanal

INDIKATIONER FÖR ANVÄNDNING AV NASO-INTESTINAL SONDER

För kortvarig användning - upp till 6 veckor.

Indikation av medicinska orsaker:

- Enteral nutrition med funktionell tarmkanal med nedsatt magtömning

- Postpylorisk näring direkt in i tunntarmen

- Patienter med ökad risk för uppstötningar av enteral nutrition och/eller lungaspiration.

Det rekommenderas alltid att tillföra sondmatning i tunntarmen med en enteral nutritionspump för att kontrollera flödet.

KONTRAIKATIONER

Absoluta kontraindikationer:

- Gastrointestinala obstruktion

- Perforering/läckage

Relativa kontraindikationer:

- Allvarligt nedsatt tarmfunktion, dvs. allvarlig malabsorption, paralytisk eller mekanisk ileus

- Motilitetsstörningar

- Akut abdomenn

- Allvarlig Crohns sjukdom

Observera: alla allvarliga incidenter som har inträffat i samband med denna enhet ska rapporteras till Nutricia och till de lokala myndigheterna.

PLACERING AV SONDEN

Naso-intestinal sond bör sättas in av sjukvårdspersonal på grund av risken för felplacering och perforering av matstrupen eller lungorna.

Instruktioner för användning hos patienter med (begränsad) gastrisk motilitet:

1. Informera patienten om vad som kommer att hända vid nedläggningen av sonden. För in ledaren helt i sonden och kontrollera att den är säkert fäst till kopplingen (fig. 1).

2. Se till att patienten sitter eller halvligger bekvämt. För att bestämma den längd på sonden som skall sättas ner, mät avståndet från nästippen (N), till örat (E) och därifrån till Xiphoid process vid bröstbenet (X) (fig. 2). Markera detta avstånd på sonden. Gör ytterligare två markeringar på sonden, en vid 25 cm och en vid 50 cm, bortom den första markeringen.

3. Blöt sondens spets med vatten för att underlätta nedläggningen (fig. 3).

4. Inspektera patientens näsborrar för onormal septum eller synliga näspolyper; använd den största näsborren och låt sonden glida längs nedre kanten av näsborren (fig. 4). När sonden når svalget, böj patientens huvud framåt och be patienten att svälja så många gånger som möjligt. Nedsättandet underlättas om patienten samtidigt sväljer lite vatten. Tryck försiktigt ner sonden, forcera aldrig. Var försiktig så att inte sonden felaktigt placeras i luftstrupen! Försätt tills sondens första markering är nådd. Att ge patienten något att dricka eller ev. äta, kan underlätta sondens vandring ner i tunntarmen.

Varning: Koppla inte Bengmark®-sonden till aggregatet vid detta stadie (fig. 5). Korrekt placering måste först kontrolleras innan vätska administreras första gången:

- Spola inte sonden

- Fukta inte den inre ledaren

5. Bekräfta sondens position:

(Fig. 6) Aspiration av maginnehåll

Få en aspiration av maginnehållet genom ENFit™-kopplingen på ledarhandtaget.

(Fig. 7) pH-mätning

Mät pH på aspiratet. Ett pH $\leq 5,5$ indikerar en magposition. Lokala riktlinjer kan variera vad gäller det acceptabla pH-intervallet för att bekräfta placeringen av NG-sonder. Konsultera alltid de lokala riktlinjerna

(Fig. 8) Röntgenbekräftelse

Om aspirat inte erhålls eller det uppmätta pH-värdet är 5,5 eller högre; Bekräfta placering i magen med röntgen.

Varning: Följ lokala strålskyddsrutiner.

6. Efter att ha kontrollerat sondens position (fig. 6, 7, 8), injicera minst 20-50 ml vatten för att avlägsna maginnehållet från sonden. (fig. 9).

7. Dra ut ± 25 av ledaren ur sonden (fig. 10). Fortsätt därefter att föra ner sonden tills sondens andra markering är nådd (fig. 11). Dra ut resten av ledaren.

8. Fäst inte sonden vid näsan vid denna tidpunkt utan använd öronsnibben som en tillfällig fixeringspunkt.

9. Inom 8-12 timmar kommer sonden med hjälp av magsäckens motilitet att ha passerat pylorus (fig. 12). Fäst sonden när sondens tredje markering befinner sig vid patientens näsa (fig. 13).

10. Innan sondnäring administreras första gången, kontrollera sondens läge med röntgen (fig. 14).

Varningar:

- Hosta kan tyda på att sonden passerar in i luftstrupen. Om detta misstänks, ta bort sonden och sätt tillbaka den när patienten känner sig bekväm.

- Om du stöter på motstånd, ta bort sonden. Berätta för en läkare.

- Särskild försiktighet bör iaktas om en endotrakealsond är på plats, eftersom den kan tendera att leda matningsslangen in i luftstrupen.

- Misslyckad transpylorisk passage: efter samråd med en läkare kan användning av tarmmotilitetsmedel övervägas och ges till patienten 10 minuter innan sonden placeras.

För pa
sätt är

1. Plac

2. Plac

Anv

Ytterlig

Ta tag

Placera

Lämn

Skölj s

Ta bor

Bekräft

3. Plac

Steg 1

Steg 2

Anv

inklusi

(ISO8

Kontro

- Varj

- När

Kontro

- För at

- minst

- Om m

- Vid lä

- som s

- spola

- Anv

Flocare

av pro

potent

av son

Bengm

under

Efter a

De var

mekan

- felakt

- sonde

- felkop

- brott/

- sonde

- irritat

- trycks

Allmän

SONDPLACERING MED FLUOROSKOPI, ENDOSKOPI ELLER 2-STEGSRÖNTGEN

För patienter som är medvetslösa, intuberade, sederade, ventilerade, har minimal eller frånvarande gag-reflex och/eller på annat sätt är nedsatt eller inte har någon gastrisk motilitet alls, kan en av följande procedurer övervägas som en alternativ sondplacering.

1. Placera sonden med fluoroskopi

2. Placera sonden med endoskopi

Använd standard för fluoroskopi/endoskopi-förfaranden för placering av intragastrisk placering.

Ytterligare steg för att placera NI-sonden för att passera genom pylorus:

Ta tag i sonden med tången på endoskopet och för endoskopet och sonden genom pylorus

Placera sonden så långt in i tunntarmen som möjligt, helst bortom Treitz-ligamentet

Lämnas sonden med tången på plats och dra ut endoskopet så långt som möjligt

Skölj sonden med vatten via ledarkopplingen för att sonden skall bli styvare

Ta bort ledaren och dra försiktigt ut tång och endoskop

Bekräfta sondens placering med röntgen

3. Placera sonden med 2-stegs röntgen

Steg 1: Bekräfta att sonden inte har kommit in i bronkialträdet

Steg 2: Bekräfta slutlig placering

ADMINISTRATION AV MEDICIN OCH EFTERBEHANDLING

Använd en riskbaserad metod för att välja den nasoenteriska vägen för att administrera medicin till patienten. Lämpliga hjälpmedel, inklusive sprutor, bör användas för läkemedelstillförsel genom enterala sonder med en ENFit™-koppling av en erkänd standard (ISO80369-3) för att undvika felaktiga anslutningar.

Kontrollera sondens position (cm-märket vid näsborren förblir det samma):

- Varje gång en ny sondnärning ansluts till sonden.
- När du är osäker på om sonden är i rätt position.

Kontrollera fixeringstejpen regelbundet.

SPOLNING OCH ANVÄNDNING AV SPRUTOR

- För att förhindra stopp i sonden, spola rutinmässigt sonden med vatten före och efter administrering av näring eller läkemedel och minst var 8:e timme.

- Om möjligt, använd en enteralspruta (minst 20ml) för att spola sonden och spola alltid med försiktighet.

- Vid läkemedelsadministrering direkt i den nasogastriska sonden, använd alltid en enteralspruta avsedd för den volym av läkemedel som skall ges och se till att leverera med försiktighet. I fall mer än ett läkemedel behöver ges vid samma tillfälle, se till att sonden spolas ordentligt mellan de olika typerna av läkemedel.

- Använd aldrig överdriven kraft. Om du stöter på motstånd, stoppa proceduren och råd gör med din läkare.

BORTTAGNING

Flocare® Bengmark® Naso-Intestinal sond rekommenderas för kortvarig sondmatning i upp till 6 veckor. Ersättning eller borttagande av produkten kan avvika från denna rekommendation, baserat på medicinsk undersökning, produktens livsduglighet och/eller potentiellt obehag för patienten och bör utföras under medicinsk undersökning och övervakning. Byte av sonden bör utföras vid ruptur av sonden, ocklusion, förskjutning eller nedbrytning.

Bengmark® naso-intestinal sond kan tas bort genom att försiktigt dra ut slangen ur patientens näsa. Borttagning ska alltid utföras under medicinsk övervakning.

Efter användning måste produkten och förpackningen kasseras i enlighet med sjukhusets, administrativa och/eller lokala riktlinjer.

MÖJLIGA KOMPLIKATIONER

De vanligaste komplikationerna av nasoenteriska sonder är respiratoriska på grund av felplacering av sonden. Andra potentiella mekaniska komplikationer listas nedan:

- felaktig intubation,
- sondobstruktion,
- felkopplingar,
- brott/veck på sonden,
- sonddislokation,
- irritation/smärta i matstrupen, svalget eller runt näsborrarna,
- trycksador relaterade till fixering.

Allmänna potentiella komplikationer av enteral nutrition är gastrointestinala, metabola och smittsamma.

KUN TIL ENGANGSBRUG

Återanvänd inte denna produkt - Återanvänd, återvinn eller återsterilisera inte denna utrustning. Återanvändande, återvinning eller återsterilisering kan äventyra kvaliteten på utrustningen och/eller kan leda till brister som i sin tur kan orsaka skador, sjukdom eller dödsfall hos patienten. Återanvändning, återvinning eller återsterilisering kan också medföra risk för kontaminering av utrustningen och/eller orsaka infektion eller vårdrelaterad infektion, inkluderat, men inte begränsat till, överföring av smittsamma sjukdom(ar) från en patient till en annan. Kontaminering av utrustningen kan leda till skada, sjukdom eller dödsfall hos patienten. Släng produkten och förpackningen i enlighet med lokala riktlinjer efter användning.

NO • BENCHMARK® NI SONDE

PRODUKTBeskrivelse

Flocare® Benchmark® naso-intestinal sonde er en transnasal intestinal sonde med en Benchmark®-spiraltupp tilpasset til administrasjon av enteral ernæring.

Sonden har følgende karakteristika:

Materiale: Hvit røntgenfast polyuretansonde

Utvendig diameter: CH 8 eller Ch 10

Lengde: 145 cm

Spiss: Rund spiss med 2 laterale hull

Hydromer®-coating på spissen

Benchmark®-spiral (patentert): 2,5 vindinger med ca. 3 cm i diameter og ca. 23 cm lengde. Spiralen rettes ut under nedleggelse ved hjelp av en mandreng. Når mandrengen tas bort, får sonden tilbake sin spiralform, som sikrer optimal forankring i tynntarmen.

Mandreng: En ferdig smurt mandreng i metall som er lagt delvis inn i sonden.

Konnektor: ENFit™-konnektor

INDIKASJONER FOR SONDEERNÆRING ELLER ENTERAL ERNÆRING

Enteral ernæring eller sondeernæring er indisert til pasienter med ernæringsrisiko eller underernærte som:

- Ikke kan dekke næringsbehovet ved normalt kostinntak og;
- Har en funksjonell mage-tarmkanal

INDIKASJONER FOR BRUK AV NASO-INTESTINAL SONDE

For korttidsbruk – opptil 6 uker.

Indikasjon av medisinske årsaker:

- Enteral ernæring med funksjonell tarmkanal med nedsatt magetømming
- Postpylorisk ernæring direkte inn i tynntarmen
- Pasienter med økt risiko for oppstøt av enteral ernæring og/eller lungeaspirasjon.

Det anbefales alltid å levere sondeernæring i tynntarmen ved hjelp av en enteral ernæringspumpe for å kontrollere hastigheten.

KONTRAINDIKASJONER

Absolutte kontraindikasjoner:

- Gastrointestinal obstruksjon
- Perforering/lekkasje

Relative kontraindikasjoner:

- Alvorlig nedsatt tarmfunksjon, dvs. alvorlig malabsorpsjon, paralytisk eller mekanisk ileus
- Motilitetsforstyrrelser
- Akutt abdomen
- Alvorlig Crohns sykdom

Merk: enhver alvorlig hendelse som har oppstått i forbindelse med denne enheten skal rapporteres til Nutricia og de lokale myndighetene.

PLASSERING AV SONDEN

Naso-intestinale ernæringssonder bør settes inn av helsepersonell på grunn av risikoen for feilplassering og perforering av spiserøret eller lungene.

Bruksanvisning for pasienter med (begrenset) gastrisk motilitet:

1. Informer pasienten om hva som skal skje ved plassering av sonden. Før mandrengen helt inn i sonden og sørg for at denne er ordentlig festet i sondens konnektor (fig.1).

2. Pasienten skal sitte i en komfortabel stilling eller halvt liggende. Lengden på Bengmark®-sonden som skal settes inn, bestemmes ved å måle lengden fra nesetippen (N), til øret (E) og deretter til spissen av brystbeinet (X) (fig. 2). Marker denne avstanden på sonden. Sett ytterligere to merker på sonden, en ved 25 cm og en ved 50 cm etter første merket.

3. Fukt spissen på sonden for å lette innføringen (fig.3).

4. Inspiser pasientens nesebor for avvikende septum eller synlige nesepolypper; bruk det største neseboret og før sonden langs bunnen av neseboret (fig.4). Når sonden er svelget, bøyes pasientens hode fremover. Be pasienten svelge så mange ganger som mulig. Skyv sonden forsiktig innover, men ikke press. Vær forsiktig slik at sonden ikke feilaktig havner i luftrøret. Fortsett til sondens første merke er nådd. Sondens vandring fra magesekken til tynntarmen kan stimuleres og lettes dersom pasienten får noe å drikke eller ev. spise.

Advarsel: Ikke koble Bengmark® NI-sonden med et ernæringssett på dette trinnet (fig. 5). Korrekt plassering må bekreftes før væske kan passerer gjennom nasointestinalsonden:

- Ikke skylle sonden

- Ikke fukt den interne mandrengen

5. Bekreft posisjonen til sonden:

(fig 6) Aspirasjon av mageinnhold

Oppnå et aspirat av mageinnholdet gjennom ENFit™-konnektor på guidewire-håndtaket.

(fig 7) pH-måling

Mål pH-verdien til aspiratet. En $pH \leq 5,5$ indikerer en magesekkplassering. Lokale retningslinjer kan variere når det gjelder det akseptable pH-området for å bekrefte plassering av NG-sonder. Rådfør deg alltid de lokale retningslinjer

(fig 8) Røntgenbekreftelse

I tilfelle det ikke oppnås aspirat, eller den målte pH-verdien er 5,5 eller høyere; Bekreft plassering i magesekken ved røntgen.

Advarsel: Vennligst følg de lokale strålevernprosedyrene.

6. Etter å ha kontrollert posisjonen til røret (fig. 6, 7, 8), injiser minst 20-50 ml vann for å fjerne mageinnholdet fra sonden. (fig.9).

7. Dra ± 25 cm av mandrengen ut av sonden (fig.10). Før sonden ytterligere ned, inntil det 2. merket (fig. 11) er nådd. Trekk mandrengen helt ut av sonden.

8. Ikke fest sonden til nesen på dette tidspunktet, men legg den bak øreflappen som et midlertidig fikseringspunkt.

9. I løpet av 8 til 12 timer vil magesekkens motilitet føre sonden gjennom pylorus (fig. 12). Fest

sonden ved det tredje merket, når dette befinner seg ved pasientens nesebor (fig. 13).

10. Før sondeernæring gis første gang, skal sondens plassering kontrolleres ved hjelp av røntgen (fig.14).

Advarsler:

- Hoste kan indikere at sonden passerer inn i luftrøret. Hvis det er mistanke om dette, fjern sonden og sett det inn igjen når pasienten er komfortabel.

- Hvis du møter motstand, fjern sonden. Gi beskjed til lege.

- Spesiell forsiktighet bør utvises hvis en endotrakealsonde er på plass, da den kan ha en tendens til å lede ernæringssonden inn i luftrøret.

- Svikt i transpylorisk passasje: etter konsultasjon med lege, kan bruk av tarmmotilitetsmidler vurderes og gis til pasienten 10 minutter før sonden plasseres.

SONDEPLASSERING VED HJELP AV FLUOROSKOPI, ENDOSKOPI ELLER 2-TRINNS RØNTGEN

For pasienter som er bevisstløse, intuberte, sederte, ventilerte, har minimal eller fraværende brekningsrefleks og/eller på annen måte er svekket eller ikke har magemotilitet i det hele tatt, kan en av følgende prosedyrer vurderes som en alternativ sondeplassering.

1. Plassering av sonde ved hjelp av fluoroskopi

2. Plassering av sonde ved hjelp av endoskopi

Bruk standard fluoroskopi/endoskopi-prosedyrer for intragastrisk plassering av ernæringssonder.

Ytterligere trinn for å plassere NI-sonden for å passere gjennom pylorus:

Ta tak i sonden med biopsitangen på endoskopet, og før endoskopet og røret gjennom pylorus

Plasser sonden så langt inn i tynntarmen som mulig, helst utenfor Treitz ligament

La sonden stå med biopsitangen på plass og trekk ut endoskopet så langt som mulig

Skjyll sonden med vann via mandrengkoblingen for å stive av sonden

Fjern mandrengen og trekk ut biopsitangen og endoskopet forsiktig

Bekreft plassering av sonden med røntgen

3. Plassering av sonde ved hjelp av 2-trinns røntgen

Trinn 1: bekreft at sonden ikke har kommet inn i bronkialtreet

Trinn 2: bekreft endelig plassering

ADMINISTRASJON AV MEDISIN OG ETTERBEHANDLING

Bruk en risikobasert tilnærming for å velge den nasoenteriske ruten for å administrere medisiner til pasienten. Passende hjelpemidler, inkludert sprøyter, bør brukes for ved tilførsel av medisin gjennom enterale ernæringssonder ved bruk av ENFit™-konnektor av en anerkjent standard (ISO80369-3) for å unngå feilkoblinger.

Sjekk posisjonen til sonden (cm-merket ved neseboret forblir det samme):

- Hver gang ny ernæringspakning kobles på.

- Ved tvil om sonnen er i riktig posisjon.

Sjekk fikseringstapen regelmessig.

SKYLLING OG BRUK AV SPRØYTER

- Skyll sonden rutinemessig med vann før og etter administrasjon av sondeernæring eller medikamenter. Skyll sonden minimum hver 8. time for å forebygge at sonden går tett.

- Bruk en enteral sprøyte (minimum 20 ml sprøyte) for å skylle sonden og skyll alltid på en kontrollert måte.

- For administrering av medikamenter direkte i sonden, bruk alltid en sprøyte som er tilpasset medikamentvolumet som skal administreres, og forsikre deg om at dette skjer kontrollert. Ved administrasjon av mer enn en type medikament, skal sonden skylles mellom hver medikamenttype.

- Bruk aldri overdreven kraft. Hvis du opplever motstand, stopp prosedyren og rådfør deg med lege.

FJERNING

Flocare® Bengmark® Naso-Intestinal ernæringssonde anbefales til kortvarig sondeernæring i opptil 6 uker. Bytte eller fjerning av produktet kan avvike fra denne anbefalingen, basert på medisinsk undersøkelse, produktets levedyktighet og/eller potensielt ubehag for pasienten og bør utføres under medisinsk undersøkelse og tilsyn. Utskifting av sonden bør utføres i tilfelle brudd på sonden, okklusjon, forskyvning eller nedbrytning.

Bengmark® naso-intestinal ernæringssonde kan fjernes ved å trekke slangen forsiktig ut av pasientens nese. Fjerning bør alltid utføres under medisinsk tilsyn.

Etter bruk, kast produktet og emballasjen i samsvar med sykehusets, administrative og/eller lokale retningslinjer.

POTENSIELLE KOMPLIKASJONER

De oftest rapporterte komplikasjonene ved nasoenteriske ernæringssonder er respiratoriske på grunn av feilplassering av sonden. Andre potensielle mekaniske komplikasjoner er listet opp nedenfor:

- feil intubasjon,

- sondeobstruksjon,

- feilkoblinger,

- brudd/knekk på sonden,

- sondeisløskasjon,

- irritasjon/smerter i spiserøret, svelget eller rundt neseborene,

- trykkskade relatert til fiksering.

Generelle potensielle komplikasjoner for enteral ernæring er gastrointestinale, metabolske og smittsomme.

KUN TIL ENGANGSBRUK

Dette produktet er kun til engangsbruk - Enheten skal ikke gjenbrukes, reposseseres eller resteriliseres. Gjenbruk, repossesering eller resterilisering kan kompromittere den strukturelle integriteten til enheten og/eller føre til feil som i sin tur kan føre til skade, sykdom eller død hos pasienten. Gjenbruk, repossesering eller resterilisering kan også øke faren for forurensning av enheten og/eller føre til infeksjon eller kryssinfeksjon hos pasienten, inkludert, men ikke begrenset til, overføring av smittsomme sykdommer fra en pasient til en annen. Kontaminering av enheten kan føre til skade, sykdom eller død hos pasienten. Etter bruk skal produktet og emballasjen kastes i henhold til sykehusets, administrative og/eller kommunale regelverk.

FI • BENCHMARK® NENÄOHUTSUOLILETKU

TUOTEKUVAUS

The Flocare Benchmark® Nenäohutsuoliletku on nenän kautta ohutsuoleen kulkeva syöttöletku, jossa on Benchmark® spiraalimainen kärki, joka on suunniteltu enteraaliseen ruokintaan.

Letkussa on seuraavat ominaisuudet:

Letkun materiaali: valkoinen täysin läpinäkymätön polyuretaaniletku

Ulkohalkaisija: CH10

Pituus: 145 cm

Letkun kärki: Kärkipaksunnos, jossa 2 sivuaukkoa

Hydromer® liukasteinen suojapaksunnos kärjessä

Benchmark® spiraali (patentoitu): 2,5 kierrettä, joiden läpimitta on noin 3 cm ja pituus noin 23 cm. Letkun paikalleenasentamisen ajaksi spiraalkierreet suoritetaan ohjainvaijerin avulla. Ohjainvaijerin poiston jälkeen spiraalkierre helpottaa letkun kärjen ohjautumista ohutsuolessa.

Ohjainvaijeri: Liukastettu metallinen ohjainvaijeri, osittain johdettu letkun sisään.

Liitäntä: ENFit-liitäntä.

LETKURUOKINNAN TAI ENTERAALISEN RUOKINNAN INDIKAATIOT

Enteraalinen ravitus tai letkuruokinta on tarkoitettu potilaille, jotka ovat vajaaravittuja tai vajaaravitsemuksen riskissä ja:

- jotka eivät pysty täyttämään ravitsemuksellisia tarpeitaan normaalilla ruokavaliolla ja;

- joilla on toimiva ruoansulatuskanava

INDIKAATIOT NENÄOHUTSUOLILETKUN KÄYTÖLLE

Lyhytaikaiseen käyttöön – korkeintaan 6 viikon ajan.

Hoidolliset indikaatiot:

- Enteraalinen ruokinta, toimiva suoliisto, huonosti vetävä maha

- Ruokinta suoraan ohutsuoleen

- Potilaille, joilla on kohonnut riski enteraalisen ruokinnan regurgitaatiolle ja/tai aspiraatoriksi

Letkuruokinta ohutsuoleen suositellaan aina toteutettavaksi jatkuvana tasaisena annosteluna syöttöpumpun avulla.

KONTRA-INDIKAATIOT

Ehdottomat kontraindikaatiot:

- Ruoansulatuskanavan tukos

- Perforaatio/ vuoto

Suhteelliset kontraindikaatiot:

- Vakavasti heikentynyt suolen toiminta esim.: täydellinen imeytymishäiriö, paralyttinen tai mekaaninen ileus

- Motiliteetin häiriöt

- Akuutti vatsa

- Vakava Crohnin tauti

Huomioi: Kaikista tähän laitteeseen liittyvistä vakavista tapahtumista on ilmoitettava Nutriciaalle ja toimivaltaiselle viranomaiselle.

LETKUN PAIKALLEEN ASENTAMINEN

Nenäohutsuulietku tulee asentaa koulutetun terveydenhuollon ammattilaisen toimesta letkun väärin sijoittumisen riskin ja ruokatorven tai keuhkojen perforaatorisikin vuoksi.

Käyttöohje potilaille, joilla on rajallinen mahan toiminta:

1. Selitä potilaalle toimenpiteen kulku. Työnnä ohjainvaji letkuun ja varmista, että se on hyvin kiinnittynyt ruokintayhdistäjäan (kuva 1).

2. Potilaan tulee olla miellyttävässä puolistuvassa tai istuvassa asennossa pää hieman eteenpäin kallistuneena. Määritellesäsi tarvitettavaa Bengmark®-letkun pituutta, mittaa pituus nenänpäästä (N), korvannipukan (E) kautta miekkalisäkkeen kärkeen (X) (kuva 2). Merkitse pituus letkuun. Tee 2 lisämerkkintää, 25 cm:n ja 50 cm:n päähän ensimmäisen merkin jälkeen.

3. Kostuta letkun kärki vedellä helpottaaksesi sisäänvientä (kuva 3).

4. Tarkista potilaan sieraimet poikkeavan väliseinän tai näkyvien nenäpolyyppien varalta; valitse suurempi sierain ja työnnä letku alaspäin pitkin hitaasti ja varovaisesti (kuva 4). Kun letkun kärki tuntuu potilaan nielussa, paina potilaan päätä eteenpäin ja pyydä häntä nielaisemaan niin usein kuin mahdollista. Työnnä letkua hellävaroen, älä koskaan pakota. Varo, ettet asenna letkua henkitorveen! Jatka, kunnes ensimmäinen mitattu merkki on saavutettu. Anna potilaan siemalla pieniä määriä vettä tai syödä jotain (jos mahdollista) letkun asettumiseksi.

Varoitus: Älä liitä Bengmark®-Nenäohutsuulietkua ravinnonsiirtoletkuun vielä tässä vaiheessa (kuva 5). Älä laita mitään nesteitä letkuun, ennen kuin letkun sijainti on varmistettu.

- Älä huuhtelet letkua

- Älä liukastuta ohjainvaji

5. Varmista syöttöletkun sijainti:

(kuva 6) Mahalaukun sisällön aspiraatiolla

Vedä mahalaukun hapanta sisältöä ohjainvajiin ENFIT-liittimen kautta.

(kuva 7) pH-mittauksella

Mittaa mahalaukun sisällön pH-arvo. pH ≤ 5.5 osoittaa mahalaukun sijainnin. Paikalliset ohjeistukset voivat vaihdella hyväksyttävälle pH-arvolle syöttöletkun sijainnin varmistamiseksi. Tarkista aina paikalliset ohjeistukset.

(kuva 8) Varmistus röntgenissä

Jos mahalaukun sisältöä ei saada tai jos pH-arvo on 5.5 tai suurempi; Varmista syöttöletkun sijainti röntgenissä.

Varoitus: Noudata paikallisia säteilyturvaohjeita.

6. Kun letkun sijainti on varmistettu (kuvat 6, 7, 8), ruiskuta vähintään 20-50 ml vettä H2O mahalaukun sisällön poistamiseksi syöttöletkusta. (kuva 9).

7. Vedä ± 25 cm ohjainvaji syöttöletkusta (kuva 10). Jatka sen jälkeen letkun työntämistä kunnes saavutat toisen merkin (kuva 11). Vedä nyt ohjainvaji letkusta kokonaan.

8. Älä kiinnitä letkua vielä nenään, vaan käytä korvalehteä väliaikaisena kiinnityspisteinä.

9. 8-12 tunnin aikana mahalaukun motiliteetti on siirtänyt letkun mahanportin läpi (kuva 12). Kiinnitä letku, kun letkun kolmas merkki on potilaan nenässä (kuva 13).

10. Ennen enteraalisen ravinnon antamista tarkista, että letku on asetettu oikein röntgenkuvauksella (kuva 14).

Varoitukset:

- Yskiminen voi tarkoittaa, että syöttöletku on joutunut henkitorveen. Jos tätä epäillään, poista letku ja laita se uudelleen kun potilas tuntee olonsa mukavaksi.

- Jos ilmenee vastusta, poista letku ja ilmoita lääkärille.

- Erityistä varovaisuutta tulee noudattaa, jos potilaalla on endotrakeaalinen letku, sillä se voi pyrkiä ohjaamaan syöttöletkun henkitorveen.

- Mahanportin läpiviennin epäonnistuminen: lääkärikonsultaation jälkeen voidaan harkita suoliston motiliteettia parantavien aineiden käyttöä, ja niitä tulee antaa potilaalle 10 minuuttia ennen syöttöletkun asentamista.

Niille p

oksenn

seuraa

1. Syöt

2. Syöt

Käytö

Lisäva

Tartu

Vie let

Jätä le

Huuh

Poista

Varmi

3. Syöt

Vaihe

Vaihe

Hoitaj

kuten

liittän

Tarkis

• Jok

• Kun

Tarkis

- Huuh

- Käyt

- Kun l

ja var

eri lää

- Älä k

Flocar

tai poi

perust

Bengm

lääkäri

Käytön

Yleise

mahdo

- letku

- letku

- vääri

- letku

- letku

- ruoka

- kiinni

Yleisiä

SYÖTTÖLETKUN PAIKALLEEN ASENTAMINEN FLUOROSKOPIAN, ENDOSKOPIAN TAI RÖNTGENIN AVULLA

Niille potilaille, jotka ovat tajuttomia, intuboituneita, rauhoittavien lääkkeiden vaikutuksessa, ventiloituja, joilla on vain vähäinen oksennusrefluksi, tai sen puuttuessa ja/tai jotka ovat muuten heikentyneet tai heillä ei ole lainkaan mahalaukun motiliteettia, jotakin seuraavista toimenpiteistä voidaan harkita vaihtoehtoisena syöttöletkun asettamisessa.

1. Syöttöletkun asentaminen fluoroskopiassa

2. Syöttöletkun asentaminen endoskopiassa

Käytä tavallisia fluoroskopia/endoskopia-menelmiä syöttöletkun mahansisäiseen asentamiseen.

Lisävaiheet nenäohutsuolietkun asentamiseen mahanportin läpi:

Tartu syöttöletkuun endoskoopin pihdeillä ja vie endoskooppi ja letku mahanportin läpi

Vie letku niin pitkälle ohutsuoleen kuin mahdollista, mieluiten Treitzin ligamentin ohi.

Jätä letku paikalleen pihtineen ja vedä endoskooppi niin pitkälle kuin mahdollista

Huuhtele letku vedellä ohjainvaijerin liittännän kautta letkun liukastamiseksi

Poista ohjainvaijeri ja vedä pihdit ja endoskooppi varovasti ulos

Varmista syöttöletkun sijainti röntgenillä

3. Syöttöletkun asentaminen käyttäen 2-vaiheista röntgeniä

Vaihe 1 : varmista, että syöttöletku ei ole mennyt keuhkoihin

Vaihe 2 : varmista lopullinen sijainti

LÄÄKITYS JA JÄLKIHOITO

Hoitajien täytyy miettiä tarkkaan riskit ennen kuin lääkitys päätetään antaa nenäohutsuolikanavan kautta. Asianmukaisia apulaiteita, kuten ruiskuja, tulee käyttää lääkkeen antamiseen enteraalisten syöttöletkujen kautta käyttäen tunnistettujen standardien ENFit™ liittäntöjä (ISO80369-3) vääriinkytentävirheiden estämiseksi.

Tarkista letkun paikka (cm-merkintä sieraimessa pysyy samana):

- Joka kerta letkuravintopakkausta vaihdettaessa
- Kun epäillään letkun oikeaa sijaintia

Tarkista kiinnitysteippi säännöllisesti.

YLEINEN KÄYTÄNTÖ HUUHELUSTA JA RUISKUJEN KÄYTÖSTÄ

- Huuhteletku säännöllisesti ennen ja jälkeen ruokintaa tai lääkitystä ja ainakin joka 8. tunti letkun tukkeutumisen estämiseksi.

- Käytä mahdollisuuksien mukaan enteraalista ruiskua (minimikoko 20 ml) letkun huuhteluun ja huuhteletku aina huolellisesti.

- Kun lääkitys annetaan suoraan letkuun, annostele lääke aina sopivan kokoisella enteraalisella ruiskulla suhteessa lääkkeen määrään ja varmista, että annostelu tapahtuu hallitusti. Jos annetaan useampia lääkkeitä kerralla, varmista, että letku on huuhdeltu huolellisesti eri lääkkeiden välillä.

- Älä koskaan käytä liiallista voimaa. Jos tunnet vastusta, lopeta toimenpide ja konsultoi lääkärinä.

POISTAMINEN

Flocare Bengmark® Nenä-ohutsuoli syöttöletkua suositellaan lyhytaikaiseen letkuruokintaan, korkeintaan 6 viikon ajan. Tuotteen vaihtaminen tai poistaminen voi poiketa tästä suosituksesta lääkärin tarkastuksen, tuotteen käyttökelvopuuden ja/tai mahdollisten potilaan haittojen perusteella ja se suoritetaan lääkärin valvonnassa. Letku tulee vaihtaa, jos se rikkoutuu, tukkeutuu, irtoaa paikaltaan tai hajoo.

Bengmark® Nenä-ohutsuolietkua voidaan poistaa vetämällä letku varovasti pois potilaan nenästä. Poistaminen tulee suorittaa aina lääkärin valvonnassa.

Käytön jälkeen hävitä tuote ja pakkaus sairaalan, hallinnollisten ja/tai paikallisten käytäntöjen mukaisesti.

MAHDOLLISET KOMPLIKAATIOT

Yleisesti ilmoitetut nenäohutsuolietkujen komplikaatiot ovat hengityselimiin liittyviä, letkun väärästä paikasta johtuvia. Muita mahdollisia mekaanisia komplikaatioita ovat:

- letkun värin kohdistuminen,
- letkun tukkeutuminen,
- vääriinkytökset,
- letkun hajoaminen/kiertyminen,
- letkun paikaltaan siirtyminen,
- ruokatorven, nielen tai nenän sierainten ympärillä oleva ärsytys/kipu,
- kiinnitykseen liittyvä painevamma

Yleisiä enteraalisen ruokinnan mahdollisia komplikaatioita ovat ruoansulatuskanavaan, aineenvaihduntaan ja infektoihin liittyvät.

POTILASKOHTAINEN

Älä käytä tätä tuotetta uudelleen – Älä käsittele, käytä tai steriloi laitetta uudelleen. Uudelleenkäyttö, uudelleen käsittely tai uudelleen sterilointi voi vaarantaa laitteen rakenteen eheyden ja/tai johtaa laitteen vioittumiseen, mikä puolestaan voi johtaa potilaan loukkaantumiseen, sairauteen tai kuolemaan. Uudelleenkäyttö, uudelleen käsittely tai uudelleen sterilointi voi myös aiheuttaa laitteen kontaminaation ja/tai aiheuttaa potilaalle infektion tai risti-infektion, tai tartuntataudin (tautien) leviämisen potilaalta toiselle. Laitteen kontaminoituminen voi johtaa potilaan loukkaantumiseen, sairauteen tai kuolemaan. Hävitä tuote ja pakkaus käytön jälkeen sairaalan-, hallinnollisten- ja/tai paikallisten viranomaisten ohjeiden mukaisesti.

Ο σωλήνας
έχει σχισμή
Ο σωλήνας
Υλικό
Εξοπλισμός
Μήκος
Συμβολισμός

Συμμόρφωση
Υποδοχή

Η εντερική
- Δεν μπορεί
- Έχει

Για βρογχική
Ενδοεισφαιρική
- Εντερική
- Μεταφορά
- Ασθενή
Συνιστάται

Απόλυτη
- Γαστρίτις
- Διάφραγμα
Σχετικές
- Σοβαρή
- Διαστολή
- Οξεία
- Σοβαρή
Σημειώσεις

EL • BENCHMARK® NI TUBE

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Ο σωλήνας σίτισης Flocare Benchmark® Naso-Intestinal είναι ένας διαρινικός εντερικός σωλήνας με σπειροειδή άκρη Benchmark® που έχει σχεδιαστεί για τη χορήγηση εντερικής σίτισης.

Ο σωλήνας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Υλικό σωλήνα: λευκή πλήρως αδιαφανής σωλήνωση πολυσουρεθάνης

Εξωτερική διάμετρος: CH8 ή CH10

Μήκος: 145 cm

Συμβουλή: άκρη σφαιράς με 2 πλευρικές εξόδους

Επικάλυψη Hydrotome® στο άκρο

Σείρα Benchmark® (κατοχυρωμένη με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας): 2,5 βρόχοι με διάμετρο περίπου 3 cm και μήκος περίπου 23 εκ. Αυτοί οι βρόχοι ισώνονται με ένα σύρμα οδήγησης κατά την εισαγωγή. Μετά την αφαίρεση του οδηγού σύρματος, η σείρα διευκολύνει το τρανσπιλωρικό πέρασμα και επιτρέπει τη βέλτιστη στερέωση στο λεπτό έντερο.

Συρμάτινος οδηγός: Ένα προπλασμένο μεταλλικό σύρμα οδήγησης, μερικώς εισηγμένο στον σωλήνα.

Υποδοχή: Υποδοχή ENFit.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΣΙΤΙΣΗ ΜΕ ΣΩΛΗΝΑ Η ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η εντερική διατροφή ή η σίτιση με σωλήνα ενδείκνυται σε ασθενείς με διατροφικό κίνδυνο ή δυσθρεπτικούς που:

- Δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε θρεπτικά συστατικά με κανονική διατροφική πρόσληψη και
- Έχουν λειτουργικό γαστρεντερικό σωλήνα

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΡΙΝΟ-ΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ

Για βραχυπρόθεσμη χρήση - έως 6 εβδομάδες.

Ενδείξη για θεραπευτικούς λόγους:

- Εντερική σίτιση με λειτουργικό εντερικό σωλήνα με μειωμένη γαστρική κένωση

- Μεταπλωρική σίτιση απευθείας στο λεπτό έντερο

- Ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο παλινδρόμησης της εντερικής διατας και/ή πνευμονικής εισρόφησης.

Συνιστάται να παρέχεται πάντα τροφή στο λεπτό έντερο χρησιμοποιώντας αντίλη εντερικής τροφοδοσίας για τον έλεγχο του ρυθμού ροής.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Απόλυτες αντενδείξεις:

- Γαστρεντερική απόφραξη

- Διάτρηση/διάρρηξη

Σχετικές αντενδείξεις:

- Σοβαρή μειωμένη λειτουργία του εντέρου, δηλαδή: σοβαρή δυσαπορρόφηση, παραλυτικός ή μηχανικός ελιξός

- Διαταραχές κινητικότητας

- Οξεία κοιλία

- Σοβαρή νόσο του Crohn

Σημείωση: κάθε σοβαρό περιστατικό που έχει συμβεί σε σχέση με αυτήν τη συσκευή πρέπει να αναφέρεται στη Nutricia και στην τοπική αρμόδια αρχή.

Οι ρινο-εντερικοί καθετήρες σίτησης πρέπει να εισάγονται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας λόγω του κινδύνου λανθασμένης τοποθέτησης και διάτρησης του οισοφάγου ή της πνευμονίας.

Οδηγίες χρήσης για ασθενείς με (περιορισμένη) γαστρική κινητικότητα:

1. Ενημερώστε τον ασθενή για τη διαδικασία τοποθέτησης. Εισαγάγετε πλήρως το συρμάτινο οδηγό στο σωλήνα και βεβαιωθείτε ότι είναι σταθερά στερεωμένο στον σύνδεσμο (εικ.1).

2. Τοποθετήστε τον ασθενή σε άνετη καθιστή ή ημι-ξαπλωμένη θέση. Για να προσδιορίσετε το μήκος του σωλήνα Bengmark® που πρόκειται να εισαχθεί, μετρήστε την απόσταση από το άκρο της μύτης (N), μέχρι το αυτί (E) και, στη συνέχεια, από ξυφοειδές στο στήνρον (X) (εικ.2). Σημειώστε τον καθετήρα σε αυτό το σημείο. Κάντε 2 επιπλέον σημεία, στα 25 cm και στα 50 cm μετά το πρώτο σημείο.

3. Απάνετε το άκρο και τα πρώτα cm του καθετήρα με νερό, για να διευκολύνετε την εισαγωγή (εικ.3).

Όταν ο καθετήρας φτάσει στο λαιμό, λυγίστε το κεφάλι των ασθενών προς τα εμπρός και ζητήστε τους να καταπίνουν όσο το δυνατόν συχνότερα. Σπρώξτε τον καθετήρα απαλά, μην τον πιέζετε ποτέ. Αποφύγετε την ακούσια τοποθέτηση καθετήρα στην τραχεία! Συνεχίστε μέχρι να φτάσετε στο πρώτο προμετρημένο σημείο. Το να δώσετε κάτι να πιεί ή να φάει ο ασθενής (αν είναι δυνατόν) μπορεί να διεγείρει τη μετανάστευση του καθετήρα.

Προειδοποίηση: Μην συνδέετε τον καθετήρα Bengmark® NI με το σετ τροφοδοσίας σε αυτό το στάδιο (εικ. 5). Πριν επιβεβαιωθεί η σωστή τοποθέτηση, μη χορηγείτε υγρά μέσω του σωλήνα:

- Μην ξεπλύνετε τον καθετήρα

- Μην λιπαίνετε το εσωτερικό συρμάτινο οδηγό

5. Επιβεβαιώστε τη θέση του καθετήρα:

(εικ. 6) Αναρρόφηση γαστρικού περιεχομένου

Λάβετε μια αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου μέσω του συνδέσμου ENFit στη λαβή του συρμάτινου οδηγού.

(εικ. 7) μέτρηση pH

Μετρήστε την τιμή pH της αναρρόφησης. Ένα pH $\leq 5,5$ υποδηλώνει γαστρική τοποθέτηση. Οι τοπικές οδηγίες μπορεί να διαφέρουν ως προς το αποδεκτό εύρος pH για την επιβεβαίωση της τοποθέτησης σωλήνα NG. Να συμβουλευστείτε πάντα τις τοπικές σας οδηγίες (εικ. 8) Επιβεβαίωση με ακτίνες X

Σε περίπτωση που δεν ληφθεί αναρρόφηση ή η μετρούμενη τιμή pH είναι 5,5 ή μεγαλύτερη. Επιβεβαιώστε τη γαστρική τοποθέτηση με ακτινογραφία.

Προειδοποίηση: Ακολουθήστε τις τοπικές διαδικασίες ακτινοπροστασίας.

6. Αφού ελέγξετε τη θέση του καθετήρα (εικ. 6, 7, 8) εγχύστε τουλάχιστον 20-50 ml H₂O για να αφαιρέσετε το γαστρικό περιεχόμενο από το σωληνάριο. (εικ.9).

7. Τραβήξτε ± 25 cm του συρμάτινου οδηγού έξω από το σωλήνα (εικ.10). Στη συνέχεια συνεχίστε περνώντας το σωληνάριο μέχρι να φτάσετε στο δεύτερο σημείο (εικ.11). Τώρα τραβήξτε το συρμάτινο οδηγό έξω από τον καθετήρα εντελώς.

8. Μην στερεώνετε ακόμη τον καθετήρα στη μύτη, χρησιμοποιήστε τον λαβό του αυτού ως προσωρινό σημείο στερέωσης.

9. Μέσα σε 8-12 ώρες η γαστρική κινητικότητα θα έχει μετακινηθεί τον καθετήρα μέσω του πυλωρού (εικ.12). Ασφαλίστε τον καθετήρα μόλις το τρίτο σημείο στον καθετήρα βρεθεί στη μύτη των ασθενών (εικ. 13).

10. Πριν χορηγήσετε οποιαδήποτε εντερική διατροφή, ελέγξτε εάν ο καθετήρας έχει τοποθετηθεί σωστά με ακτινογραφία (εικ.14).

Προειδοποιήσεις:

- Ο βήχας μπορεί να υποδηλώνει διέλευση του σωλήνα στην τραχεία. Εάν υπάρχει υποψία, αφαιρέστε τον καθετήρα και τοποθετήστε τον ξανά μόλις ο ασθενής νιώθει άνετα.

- Εάν συναντήσετε αντίσταση, αφαιρέστε τον καθετήρα. Ενημερώστε τον γιατρό.

- Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται εάν υπάρχει ένας ενδοτραχειακός σωλήνας, καθώς μπορεί να τείνει να οδηγεί τον καθετήρα στην τραχεία.

- Αποτυχία τραυματολογικής διόδου: μετά από κατάλληλη συνεννόηση με έναν κλινικό ιατρό, μπορεί να εξεταστεί η χρήση παραγόντων κινητικότητας του εντέρου και θα πρέπει να χορηγούνται στους ασθενείς 10 λεπτά πριν από τη διέλευση του σωλήνα.

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΗΣΗ, ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ Η ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ 2 ΣΤΑΔΙΩΝ

Για ασθενείς που είναι αναισθητοί, διασωληνωμένοι, κασταλμένοι, αερίζομενοι, έχουν ελάχιστη ή απουσία παλινδρόμησης ή/και είναι άλλως εξασθενημένοι ή δεν έχουν καθόλου κινητικότητα στομάχου, μία από τις ακόλουθες διαδικασίες μπορεί να θεωρηθεί ως εναλλακτική τοποθέτηση καθετήρα.

1. Τοποθέτηση καθετήρα με ακτινσκοπήρηση
 2. Τοποθέτηση καθετήρα με χρήση Ενδοσκόπησης
- Χρησιμοποιήστε τυπικές διαδικασίες ακτινσκοπήσης/ενδοσκόπησης για ενδογαστρική τοποθέτηση καθετήρα. Πρόσθετα βήματα για την τοποθέτηση του καθετήρα NI για να περάσει μέσα από τον πυλωρό:

Πιάστε τον καθετήρα μέσω του πυλωρού

Τοποθετήστε τον καθετήρα όσο το δυνατόν πιο μακριά στο λεπτό έντερο, κατά προτίμηση πέρα από τον σύνδεσμο του Treitz

Αφήστε τον καθετήρα με τη λαβίδα στη θέση του και τραβήξτε το ενδοσκόπιο όσο το δυνατόν περισσότερο

Ξεπλύνετε τον καθετήρα με νερό μέσω του συνδετήρα του συρμάτινου οδηγού για να ακληρώσετε τον καθετήρα

Αφαιρέστε τον συρμάτινο οδηγό και τραβήξτε τη λαβίδα και το ενδοσκόπιο προσεκτικά

Επαληθεύστε την τοποθέτηση του καθετήρα με ακτινογραφία

3. Τοποθέτηση καθετήρα με χρήση ακτίνων X 2 σταδίων

Στάδιο 1: επιβεβαιώστε ότι ο καθετήρας δεν έχει εισέλθει στο βρογχικό δέντρο

Στάδιο 2: επιβεβαίωση της τελικής τοποθέτησης

ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι φροντιστές θα πρέπει να εφαρμόζουν μια προσέγγιση βασισμένη στον κίνδυνο πριν επιλεγεί η ρινοεντερική οδός για τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή. Κατάλληλες βοηθητικές συσκευές, συμπεριλαμβανομένων συριγγών, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη χορήγηση φαρμάκων μέσω καθετήρα χρησιμοποιώντας συνδέσμους ENFit™ αναγνωρισμένου προτύπου (ISO80369-3), προκειμένου να αποφευχθούν σφάλματα εσφαλμένης σύνδεσης.

Ελέγξτε τη θέση του καθετήρα (το σημάδι cm στο ρουθούνι παραμένει το ίδιο):

- Κάθε φορά που αλλάζει η τροφή.
- Σε περίπτωση αμφιβολίας εάν ο σωλήνας είναι στη σωστή θέση.

Ελέγχετε τακτικά την ταινία στερέωσης:

- Ξεπλύνετε τακτικά το σωλήνα με νερό πριν και μετά τη χορήγηση τροφής ή φαρμάκου και τουλάχιστον κάθε 8 ώρες για να αποφύγετε την απόφραξή του.
- Όσο είναι εφικτό, χρησιμοποιήστε μια εντερική σύριγγα (ελάχιστο μέγεθος 20 mL) για να ξεπλύνετε τον σωλήνα. Ξεπλένετε πάντα με ελεγχόμενο τρόπο.
- Για χορήγηση φαρμάκων απευθείας στο σωλήνα, χορηγείτε πάντα χρησιμοποιώντας εντερική σύριγγα κατάλληλου μεγέθους για τον όγκο του φαρμάκου, αλλά βεβαιωθείτε ότι η χορήγηση γίνεται με ελεγχόμενο τρόπο. Σε περίπτωση που περισσότερα από ένα φάρμακα χορηγούνται ταυτόχρονα, βεβαιωθείτε ότι ο σωλήνας ξεπλένεται καλά μεταξύ των διαφορετικών φαρμάκων.
- Ποτέ μην χρησιμοποιείτε υπερβολική δύναμη. Εάν υπάρχει αντίσταση, σταματήστε τη διαδικασία και συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.

ΑΦΑΙΡΕΣΗ

Ο Flocare Bengmark® Naso-intestinal καθετήρας συνιστάται για βροχοπρόσθεση σίτιση με σωλήνα έως και 6 εβδομάδες. Η αντικατάσταση ή η αφαίρεση του προϊόντος μπορεί να διαφέρει από αυτήν τη ούσταση, με βάση τον ιατρικό έλεγχο, τη βιωσιμότητα του προϊόντος ή/και πιθανές ταλαιπωρίες των ασθενών και πρέπει να εκτελείται υπό ιατρική εξέταση και επίβλεψη. Η αντικατάσταση του καθετήρα θα πρέπει να πραγματοποιείται σε περίπτωση θραύσης, απόφραξης, απομάκρυνσης ή υποβάθμισης του καθετήρα.

Ο καθετήρας Bengmark® Naso-Intestinal Tube μπορεί να αφαιρεθεί τραβώντας απαλά το σωληνάριο έξω από τη μύτη του ασθενούς. Η αφαίρεση πρέπει πάντα να γίνεται υπό ιατρική επίβλεψη.

Μετά τη χρήση, πετάξτε το προϊόν και τη συσκευασία σύμφωνα με τη νοσοκομειακή, διοικητική ή/και τοπική πολιτική.

ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κοινώς αναφερόμενες επιπλοκές των ρινοεντερικών καθετήρων σίτησης είναι αναπνευστικές λόγω λανθασμένης τοποθέτησης του καθετήρα. Άλλες πιθανές μηχανικές επιπλοκές παρατίθενται παρακάτω:

- εσφαλμένη διασωλήνωση,
- απόφραξη καθετήρα,
- σπάσιμο/λύγισμα καθετήρα,
- εξάρθρωση καθετήρα,
- ερεθισμός/πόνος του οισοφάγου, του φάρυγγα ή γύρω από τα ρουθούνια της μύτης,
- τραυματισμός λόγω πίεσης που σχετίζεται με τη στερέωση.

Οι γενικές πιθανές επιπλοκές για την εντερική σίτιση είναι γαστρεντερικές, μεταβολικές και μολυσματικές.

Μην επαναχρησιμοποιείτε το προϊόν – Μην επαναχρησιμοποιείτε, επανεξεργάζεστε ή αποστειρώνετε ξανά αυτήν τη συσκευή. Η επαναχρησιμοποίηση, η επανεξεργασία ή η αποστείρωση μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη δομική ακεραιότητα της συσκευής ή/και να οδηγήσει σε αστοχία της συσκευής, η οποία, με τη σειρά της, μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό, ασθένεια ή θάνατο του ασθενούς. Η επαναχρησιμοποίηση, η επανεξεργασία ή η αποστείρωση μπορεί επίσης να δημιουργήσουν κίνδυνο μόλυνσης της συσκευής ή/και να προκαλέσουν μόλυνση ή επιμόλυνση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης, ενδεικτικά, της μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών από έναν ασθενή στον άλλο. Η μόλυνση της συσκευής μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό, ασθένεια ή θάνατο του ασθενούς.

Μετά τη χρήση, απορρίψτε το προϊόν και τη συσκευασία σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου, της διοίκησης ή/και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

TR • BENCHMARK® NASOİNTESTİNAL (Nİ) TÜP ÜRÜN TANIMI

Flocare Benchmark® Naso-Intestinal beslenme tüpü, transnazal yoldan bağırsaktan enteral beslenme uygulanması için tasarlanmıştır. Benchmark® spiral uca sahip bir beslenme tüpüdür.

Tüp aşağıdaki özelliklere sahiptir:

Tüp malzemesi: beyaz tam opak poliüretan tüp

Dış çap: CH8 veya CH10

Uzunluk: 145 cm

İpucu: 2 yandan çıkışlı künt uç

Uçta Hydromer® kaplama

Benchmark® spiral (patentli): Yaklaşık 3 cm çapında ve yaklaşık 23 cm uzunluğunda 2,5 sarmal. Bu sarmallar, yerleştirme sırasında bir kılavuz tel ile düzleştirilir. Kılavuz telin çıkarılmasından sonra spiral, transpilorik geçişi kolaylaştırır ve ince bağırsakta optimal fiksasyona izin verir.

Kılavuz tel: Kısmen tüpe yerleştirilmiş önceden yağlanmış metalik kılavuz tel.

Konektör: ENFit konektörü.

TÜPLE BESLENME VEYA ENTERAL BESLENME İÇİN ENDİKASYONLAR

Enteral nütrisyon veya tüple beslenme, aşağıdaki durumlarda yetersiz beslenme riski taşıyan veya yetersiz beslenen hastalarda endikedir:

- Normal diyet alımı ile besin gereksinimlerini karşılayamayan hastalar ve;
- Fonksiyonel gastrointestinal sistemi olan hastalar

NAZOİNTESTİNAL BESLEME TÜPLERİ İÇİN ENDİKASYONLAR

6 haftaya kadar olan kısa süreli uygulamalar için kullanım

Terapötik endikasyonlar:

- Fonksiyonel bağırsak fonksiyonu olup gastrik boşalması yetersiz olan enteral beslenme gereken durumlar

- Doğrudan ince bağırsağa verilerek pilor sonrası beslenme

- Regürjitasyon ve/veya pulmoner aspirasyon riski artmış enteral beslenen hastalar

İnce bağırsaktan beslenmede akış hızını kontrol etmek her zaman bir enteral beslenme pompası kullanılması önerilir.

KONTRENDİKASYONLAR

Mutlak kontrendikasyonlar:

- Gastrointestinal obstrüksiyon

- Perforasyon/sızıntı

Göreceli kontrendikasyonlar:

- Şiddetli azalmış bağırsak fonksiyonu örn: şiddetli malabsorpsiyon, paralitik veya mekanik ileus (bağırsak tıkanması)

- Motilite bozuklukları

- Akut kanım

- Şiddetli Crohn hastalığı

Uyan: Bu cihazla ilgili olarak meydana gelen herhangi bir ciddi olay, Nutricia'ya ve yerel yetkili makamlara bildirilmelidir.

TÜPÜN YERLEŞTİRİLMESİ

Nazointestinal besleme tüpleri, yanlış yerleştirme ve özofagus veya pulmoner perforasyon riskleri nedeniyle eğitimli sağlık uzmanları tarafından takılmalıdır.

(Sınırlı) mide motilitesi olan hastalar için kullanım talimatları:

1. Hastaya yerleştirme prosedürü hakkında bilgi verin. Kılavuz teli tüpe tamamen sokun ve konektöre sıkıca takıldığını emin olun (şekil 1).

2. Hastayı rahat bir oturma veya Yarı oturur pozisyona getirin. Yerleştirilecek Bengmark® tüpünün uzunluğunu belirlemek için, Burun (N) ucundan, Kulağa (E) ve ardından sternumun (X) Xiphoid çıkıntısına kadar olan mesafeyi ölçün (şekil 2). Bu noktada tüpü işaretleyin. İlk işaretten sonra 25 cm'de ve 50 cm'de 2 ek işaret yapın.

3. Yerleştirmeyi kolaylaştırmak için ucu ve tüpün ilk cm'sini su ile ıslatın (şekil 3).

4. Hastanın burun deliklerini septum deviasyonu veya görünür nazal polipler açısından inceleyin, daha büyük olan burun deliğini kullanın ve tüpü burun deliğinin altından geçirin (şekil 4). Tüp boğaza ulaştığında hastanın başını öne doğru eğin ve mümkün olduğunca sık yutkunmasını isteyin. Tüpü nazikçe itin, asla zorlamayın. Trakeaya yanlışlıkla tüp yerleştirmekten kaçının! Önceden ölçülen ilk işarete ulaşılan kadar devam edin. Mümkünse, tüpün yer değiştirmesini tetiklemek için hastaya içecek ya da yiyecek birşeyler verin.

Uyarı: Bengmark® Nl tüpü bu aşamada beslenme seti ile bağlamayın (şekil 5). Tüpün doğru yerleştiğinden emin olmadan önce tüpten herhangi bir sıvı uygulamayın:

- Tüpü yıkamayın

- Dahili kılavuz teli yağlamayın

5. Tüpün konumundan emin olun;

(şekil 6) **Gastrik içerik aspirasyonu**

Kılavuz telin ucundaki ENFit konektörü aracılığıyla mide içeriğinden aspirat örneği alın

(şekil 7) **pH ölçümü**

Aspiratın pH değerini ölçün. $pH < 5.5$, mide yerleşimini gösterir. NG tüpünün yerleşimini doğrulamak için pH aralığı yerel yönergelerle bağlı farklılık gösterebileceği için daima yerel yönergelerinize danışın.

(şekil 8) **Röntgen onayı**

Aspirat alınamamış veya ölçülen pH değerinin 5.5 veya daha yüksek olması durumunda, X-ray ile mide yerleşimini onaylayın.

Uyarı: Lütfen radyasyondan korunma hakkındaki yerel prosedürlere uyun.

6. Tüpün konumunu kontrol ettikten sonra (şekil 6, 7, 8) gastrik içeriği tüpten temizlemek için en az 20-50 ml su enjekte edin. (şekil 9).

7. ± 25 cm kılavuz teli tüpten dışarı çekin (şekil 10). Ardından ikinci işarete ulaşılan kadar tüpü ilerletmeye devam edin (şekil 11). Şimdi kılavuz teli tüpten tamamen dışarı çekin.

8. Tüpü henüz buruna sabitlemeyin, kulak memesini geçici sabitleme noktası olarak kullanın.

9. 8-12 saat içinde mide motilitesi tüpü pilordan geçirmiş olacaktır (şekil 12). Tüp üzerindeki üçüncü işaret hastanın burnuna geldiğinde tüpü sabitleyin (şekil 13).

10. Enteral beslenmeyi uygulamadan önce, tüpün doğru şekilde yerleştirilip yerleştirilmediğini röntgen ile kontrol edin (şekil 14).

Uyarılar:

- Öksürük, tüpün trakeaya geçişini gösterebilir. Bundan şüpheleniliyorsa, tüpü çıkarın ve hasta rahatladıktan sonra tekrar takın.

- Dirence karşılaşırsa tüpü çıkarın. Hekime haber verin.

- Bir endotrakeal tüp takılıysa beslenme tüpünün trakeaya yönelme eğilimi olabileceğinden özellikle dikkat edilmelidir.

- Transpilorik geçiş başsansızlığı: Bu alanda uzman bir doktorun konsültasyonunun ardından, bağırsak motilite ajanlarının kullanımı düşünülebilir ve hastalara tüp takılmadan 10 dakika önce verilmelidir.

FLOROSKOPİ, ENDOSKOPİ VEYA 2 AŞAMALI RÖNTGEN KULLANILARAK TÜP YERLEŞTİRME

Bilinci yerinde olmayan, entübe edilmiş, sedasyon yapılmış, ventile edilmiş, gag reflexi çok az olan veya olmayan ve/veya başka bir şekilde güçten düşmüş veya mide hareketliliği olmayan hastalar için, alternatif tüp yerleştirme prosedürleri için aşağıdakilerden biri düşünülebilir.

1. Floroskopi Kullanarak Tüp Yerleştirme

2. Endoskopi Kullanarak Tüp Yerleştirme

Tüplerin intragastrik yerleştirilmesi için standart floroskopi/endoskopi prosedürlerini kullanın.

NI tüpü pilordan geçecek şekilde yerleştirmek için ek adımlar:

Tüpü endoskop forseps ile kavrayın, endoskopi ve tüpü pilor boyunca ilerletin. Tüpü mümkün olduğunca ince bağırsağa, tercihen Treitz ligamentinin sonrasına yerleştirin.

Forsepsli tüpü yerinde bırakın ve endoskopi mümkün olduğunca geri çekin.

Tüpü sertleştirmek için kılavuz tel konektörü aracılığıyla tüpü suyla yıkayın

Kılavuz teli çıkarın ve forseps ile endoskopi dikkatlice geri çekin

X-ray ile tüp yerleşimini doğrulayın

3. 2 Aşamalı X-Ray Kullanarak Tüp Yerleştirme

Aşama 1: Tüpün bronşlara girmediğini doğrulayın

Aşama 2: Son yerleşimi kontrol edin.

İLAÇ UYGULAMASI VE BAKIM SONRASI

Hastaya ilaç vermek için nazenterik yol seçilmeden önce bakıcılar risk temelli bir yaklaşım uygulamalıdır. Yanlış bağlantı kaynaklı hataları önlemek için enteral beslenme tüpleriyle yapılan uygulamalarda, ilaç uygulaması için kullanılan enjektörler dahil olmak üzere tüm yardımcı malzemelerde belirlenmiş standarda uygun (ISO80369-3) olarak ENFit™ konektörlü malzemeler kullanılmalıdır

Tüpün konumunu kontrol edin (burun deliğindeki cm işareti aynı kalır):

- Her beslenme değişikliğinde
- Tüpün doğru konumda olup olmadığından şüphe duyduğunuzda, sabitleme bandını düzenli olarak kontrol edin.

TÜPTEN SU VERİLMESİ VE ENJEKTÖR KULLANIMI POLİTİKASI

Rutin olarak tüpten su verme hasta/kullanıcı eğitiminin bir parçası olmalıdır.

- Tüpün tıkanmasını önlemek için beslenme ürünü veya ilaç uygulamasından önce ve sonra ve en az 8 saatte bir tüpü rutin olarak steril suyla yıkayın.

- Mümkün olduğu kadar, tüpü yıkamak için bir enteral beslenme enjektörü (minimum 20 mL boyutunda) kullanın ve her zaman kontrollü bir şekilde yıkayın.

- İlaçların doğrudan tüpe uygulanması için, her zaman ilacın hacmi için uygun boyutta bir beslenme enjektörü kullanarak uygulayın, Ancak verilme işleminin kontrollü bir şekilde yapıldığından emin olun. Aynı anda birden fazla ilaç verilmesi durumunda, ilaçlar arasında tüpün iyice yıkandığından emin olun.

- Asla aşırı güç kullanmayın. Herhangi bir direnç varsa, prosedürü durdurun ve doktorunuza danışın.

ÇIKARMA

Flocare Bengmark® Nazo-intestinal besleme tüpü, 6 haftaya kadar kısa süreli tüple besleme için önerilir. Ürünün değiştirilmesi veya çıkarılması, tıbbi incelemeye, ürünün uygulanabilirliğine ve/veya olası hasta rahatsızlıklarına bağlı olarak bu tavsiyeden farklılık gösterebilir ve tıbbi inceleme ve gözetim altında gerçekleştirilir. Tüpün kırılması, tıkanması, yerinden çıkması veya bozulması durumunda tüp değişimi yapılmalıdır.

Bengmark® Nazo-intestinal Tüp, tüpü hastanın burnundan nazikçe çekerek çıkarılabilir. Çıkarma her zaman tıbbi gözetim altında yapılmalıdır. Kullanımdan sonra ürünü ve ambalajı hastane, idari ve/veya yerel politikalara uygun olarak atın.

POTANSİYEL KOMPLİKASYONLAR

Nazoenteral besleme tüplerinin yaygın olarak bildirilen komplikasyonları, tüpün yanlış yerleştirilmesinden kaynaklanan solunum komplikasyonlarıdır. Diğer olası mekanik komplikasyonlar aşağıda listelenmiştir:

- yanlış yerleştirme,
- tüp tıkanıklığı,
- yanlış bağlantılar,
- tüp kırılması/bükülmesi,
- tüpün çıkması,
- yemek borusu, farenks veya burun çevresinde tahriş/ağrı,
- fiksasyona bağlı basınç yaralanması.

Enteral beslenme için genel potansiyel komplikasyonlar gastrointestinal, metabolik ve enfeksiyöz komplikasyonlardır.

TEK HASTADA KULLANILIR

Bu ürünü yeniden kullanmayın - Bu cihazı yeniden kullanmayın, yeniden işleme koymayın veya yeniden sterilize etmeyin. Yeniden kullanım, yeniden işleme veya yeniden sterilizasyon, cihazın yapısal bütünlüğünü tehlikeye sokabilir ve/veya cihaz anzasına yol açabilir ve bu da hastanın yaralanması, hastalığı veya ölümüyle sonuçlanabilir. Yeniden kullanım, yeniden işleme veya yeniden sterilizasyon ayrıca cihazda kontaminasyon riski oluşturabilir ve/veya bulaşıcı hastalık(lar)ın bir hastadan diğerine bulaşması dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere hasta enfeksiyonuna veya çapraz enfeksiyona neden olabilir. Cihazın kontaminasyonu hastanın yaralanmasına, hastalanmasına veya ölümüne neden olabilir.

PL • FLOCARE® ZGŁĘBNIK NOSOWO-JELITOWY BENCHMARK®

OPIS PRODUKTU

Flocare® Zgłębnik nosowo-jelitowy Benchmark® jest przenośnym, dojelitowym zgłębnikiem ze spiralą Benchmark® przeznaczonym do żywienia dojelitowego.

Charakterystyka zgłębnika:

Materiał zgłębnika: biała, całkowicie nieprzezroczysta poliuretanowa rurka.

Średnica zewnętrzna: CH 8 lub Ch 10

Długość: 145 cm

Końcówka: owalna końcówka zgłębnika z dwoma bocznymi otworami.

Hydromerowa® powłoka na końcówce zgłębnika.

Spirala Benchmark® (opatentowana): 2,5 pętli o średnicy ok. 3 cm i długości ok. 23 cm. Pętle te rozprostowują się podczas wprowadzania przewodnicy. Po usunięciu przewodnicy spirala ułatwia przejście przez odźwiernik i pozwala przyjąć optymalne ułożenie w jelicie cienkim.

Przewodnica: metalowa, pokryta środkiem poślizgowym, częściowo wprowadzona do zgłębnika.

Łącznik: łącznik ENFit

WSKAZANIA DO ŻYWIENIA PRZEZ ZGŁĘBNIK LUB ŻYWIENIA DOJELITOWEGO

Żywienie dojelitowe lub żywienie przez zgłębnik jest wskazane u pacjentów niedożywionych lub u których istnieje ryzyko niedożywienia, którzy nie mogą zaspokoić zapotrzebowania na składniki odżywcze stosując normalną dietę oraz mają sprawny przewód pokarmowy.

WSKAZANIA DO STOSOWANIA ZGŁĘBNIKÓW NOSOWO-JELITOWYCH

Do krótkotrwałej podażi diety – maksymalnie przez 6 tygodni.

Wskazania ze względów terapeutycznych:

- Żywienie dojelitowe u osób bez zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego, z upośledzonym opróżnianiem żołądka

- Żywienie poza odźwiernik bezpośrednio do jelita cienkiego

- Pacjenci ze zwiększonym ryzykiem regurgitacji diety dojelitowej i/lub aspiracji płucnej.

Zaleca się, aby podaż diety do jelita cienkiego była zawsze prowadzona z zastosowaniem pompy do żywienia dojelitowego w celu kontrolowania szybkości przepływu.

PRZECIWWWSKAZANIA DO ŻYWIENIA DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO

Przeciwwskazania bezwzględne:

- Niedrożność przewodu pokarmowego

- Perforacja/wyciek

Przeciwwskazania względne:

- Ciężkie zaburzenia czynności jelit, tj.: ciężkie zaburzenia wchłaniania, niedrożność porażenna lub mechaniczna

- Zaburzenia motoryki

- Ostry brzuch

- Ciężka choroba Crohna

Uwaga: każdy poważny incydent związany z tym wyrobem, należy zgłaszać do Nutricia Polska Sp. z o.o. i Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Zgłębniki nosowo-jelitowe powinny być zakładane przez przeszkolony personel medyczny ze względu na ryzyko nieprawidłowego założenia i perforacji przełyku lub płuc.

Instrukcja używania dla pacjentów z częściowo upośledzoną lub prawidłową motoryką żołądka:

1. Należy poinformować pacjenta o procedurze założenia zgłębnika. Wprowadzić całkowicie prowadnicę do zgłębnika i upewnić się, że jest dokładnie zamocowana do łącznika (rys. 1)
2. Ułożyć pacjenta w wygodnej pozycji siedzącej lub półleżącej. W celu określenia, jaka długość zgłębnika Bengmark® ma zostać wprowadzona, należy zmierzyć odległość od czubka nosa (N) do ucha (E) i dalej do wyrostka miedzykołowego mostka (X) (rys. 2). Zaznaczyć to miejsce na zgłębniku. Nanieść 2 dodatkowe zaznaczenia w odległości 25 cm i 50 cm za pierwszym zaznaczeniem.
3. Zwilżyć końcówkę oraz pierwszy cm zgłębnika wodą, aby ułatwić jej wprowadzenie (rys. 3).
4. Należy sprawdzić, czy przegroda nosa nie jest skrzywiona lub czy nie ma widocznych polipów w nosie; wybieramy nozdrze, przez które pacjent najlepiej oddycha, wprowadzamy zgłębnik wzdłuż dolnej ściany nozdrza (rys. 4). Kiedy zgłębnik dotrze do gardła, pochylić głowę pacjenta do przodu i poprosić pacjenta o przełykanie tak często, jak to możliwe. Wprowadzać zgłębnik delikatnie nigdy na siłę. Uważać, żeby niechący nie wprowadzić zgłębnika do tchawicy! Kontynuować wprowadzanie, aż do pierwszego zaznaczenia na zgłębniku.

Podanie picia (jeżeli to możliwe) może stymulować przemieszczanie się zgłębnika.

Ostrzeżenie: Na tym etapie nie należy jeszcze podłączać zestawu do żywienia do zgłębnika nosowo-jelitowego Bengmark® (rys. 5). Nie należy podawać żadnych płynów przez zgłębnik zanim nie zostanie potwierdzone jego prawidłowe założenie:

- Nie przepłukiwać zgłębnika
- Nie smarować przewodnicy wewnętrznej

5. Sprawdzić położenie zgłębnika:

(rys. 6) Aspiracja treści żołądkowej przez złącze ENFit na uchwycie przewodnicy.

(rys. 7) Pomiar pH

Zmierzyć odczyn pH aspiratu. Wartość $\text{pH} \leq 5,5$ wskazuje na umiejscowienie zgłębnika w żołądku. Lokalne wytyczne mogą różnić się pod względem dopuszczalnego zakresu odczynu pH dla celów potwierdzenia położenia zgłębnika nosowo-jelitowego. Należy zawsze przestrzegać lokalnych wytycznych.

(rys. 8) Kontrola położenia za pomocą zdjęcia RTG

W przypadku braku aspiratu lub gdy zmierzona wartość odczynu pH wynosi 5,5 lub więcej, należy potwierdzić położenie w żołądku za pomocą zdjęcia rentgenowskiego.

Ostrzeżenie: Należy postępować zgodnie z lokalnymi procedurami ochrony przed promieniowaniem.

6. Po sprawdzeniu położenia zgłębnika (rys. 6, 7, 8) należy wstrzyknąć co najmniej 20-50 ml H_2O w celu usunięcia treści żołądkowej ze zgłębnika. (rys. 9).

7. Wyciągnąć ± 25 cm przewodnicy ze zgłębnika (rys. 10), po czym kontynuować wprowadzanie zgłębnika, aż do drugiego zaznaczenia (rys. 11). Następnie całkowicie wyciągnąć przewodnicę ze zgłębnika.

8. Nie mocować na razie zgłębnika na stałe do nosa. Umocować zgłębnik tymczasowo, zakładając za ucho.

9. W ciągu 8-12 godzin motoryka żołądka spowoduje przesunięcie zgłębnika przez odźwiernik (rys. 12). Przymocować zgłębnik na stałe, gdy trzecie zaznaczenie na zgłębniku znajdzie się przy nosie pacjenta (rys. 13).

10. Przed rozpoczęciem żywienia dojelitowego sprawdzić za pomocą zdjęcia RTG, czy zgłębnik znajduje się w prawidłowej pozycji (rys. 14).

Ostrzeżenia:

- Kaszel może wskazywać na wprowadzenie zgłębnika do tchawicy. Jeśli istnieje takie podejrzenie, należy usunąć zgłębnik i wprowadzić go ponownie, gdy pacjent poczuje się dobrze.
- W przypadku napotkania oporu należy usunąć zgłębnik. Należy powiadomić lekarza.
- Należy zachować szczególną ostrożność u pacjentów z założoną rurką intubacyjną, ponieważ może ona spowodować wprowadzanie zgłębnika żywieniowego do tchawicy.
- Niepowodzenie przeprowadzenia zgłębnika przez odźwiernik: po odpowiedniej konsultacji z lekarzem można rozważyć zastosowanie środków pobudzających motorykę jelit, które powinny być podane pacjentowi 10 min przed założeniem zgłębnika.

W przy
mecha
motory

1. Zało
2. Zako
Należy
Zwien
Dodatk
Chwyc
Wprow
Zostaw
Przepl
Usunąć
Spraw
3. Kon
Etap 1
Etap 2

Przed
ryzika
stryka
Należy
- Za ka
- W pr
Należy

- Prze
zapob
- Do p
spos
- W pr
się, że
należy
- Nigdy
skons

Flocar
lub usu
i/lub e
lekarz
Flocar
powinn
Po uży
lokalny

ZAKŁADANIE ZGŁĘBNIKA PRZY UŻYCIU FLUOROSKOPII, ENDOSKOPII LUB 2-ETAPOWEGO BADANIA RENTGENOWSKIEGO

W przypadku pacjentów nieprzytomnych, zaintubowanych, pod wpływem środków uspokajających lub usypiających, wentylowanych mechanicznie, z bardzo słabym refluksiem lub bez refluksu krztaniowego, pacjentów osłabionych z innych przyczyn lub z upośledzoną motoryką żołądka można rozważyć jedną z następujących procedur jako alternatywny sposób założenia zgłębnika:

1. Założenie zgłębnika przy użyciu fluoroskopii

2. Założenie zgłębnika przy użyciu endoskopii

Należy postępować zgodnie ze standardowymi procedurami przeprowadzania fluoroskopii/endoskopii przy zakładaniu zgłębników żywieniowych umieszczanych w żołądku.

Dodatkowe czynności w celu umieszczenia zgłębnika nosowo-jelitowego przechodzącego przez odźwiernik:

Chwycić zgłębnik kleszczykami endoskopu i przeprowadzić endoskop wraz ze zgłębnikiem przez odźwiernik.

Wprowadzić zgłębnik możliwie jak najdalej do jelita cienkiego, najlepiej poza więzadło Treitza.

Zostawić zgłębnik z kleszczykami i możliwie jak najdalej wycofać endoskop.

Przeplukać zgłębnik wodą przez złącze przewodnika w celu jego usztywnienia.

Usunąć przewodnicę i ostrożnie wycofać kleszczyki i endoskop.

Sprawdzić położenie zgłębnika za pomocą zdjęcia rentgenowskiego.

3. Kontrola położenia zgłębnika przy użyciu 2-etapowego badania rentgenowskiego

Etap 1: sprawdzenie, czy zgłębnik nie dostał się do drzewa oskrzelowego

Etap 2: potwierdzenie ostatecznego położenia zgłębnika

PODAWANIE LEKÓW I DALSZA OPIEKA

Przed wyborem drogi nosowo-jelitowej do podawania leków pacjentowi, personel medyczny powinien kierować się metodą analizy ryzyka. Do podawania leków przez zgłębniki do żywienia dojelitowego należy stosować odpowiednie środki pomocnicze, w tym strzykawkę, używając łączników ENFit™ o jakości zgodnej z normą (ISO80369-3) w celu uniknięcia nieprawidłowego podłączenia.

Należy sprawdzić położenie zgłębnika (znacznik w cm przy nozdrzu pozostaje bez zmian):

- Za każdym razem przy zmianie podawanej diety przez zgłębnik.

- W przypadku wątpliwości, czy zgłębnik znajduje się we właściwym położeniu.

Należy regularnie sprawdzać plaster mocujący.

OGÓLNE ZASADY PŁUKANIA I UŻYWANIA STRZYKAWEK

- Przeplukiwać zgłębnik sterylną wodą w objętości 20-50 ml przed i po podaniu diety lub leków i przynajmniej co 8 godzin, aby zapobiec zatykaniu się zgłębnika.

- Do przeplukiwania zgłębnika należy używać strzykawki o pojemności co najmniej 20 ml i zawsze przeplukiwać w kontrolowany sposób.

- W przypadku podawania leków należy zawsze je podawać przy użyciu strzykawki odpowiedniej dla objętości leku. Należy upewnić się, że lek jest podawany strzykawką w kontrolowany sposób. W przypadku podawania więcej niż jednego leku w tym samym czasie, należy dokładnie przeplukać zgłębnik pomiędzy poszczególnymi rodzajami leków.

- Nigdy nie należy używać nadmiernej siły podczas podawania strzykawką. Jeśli występuje opór, należy przerwać procedurę i skonsultować się z lekarzem.

USUWANIE ZGŁĘBNIKA

Flocare® Zgłębnik nosowo-jelitowy Bengmark® jest zalecany do krótkotrwałej podaży diety przez okres do 6 tygodni. Czas wymiany lub usunięcia wyrobu może różnić się od tego zalecenia w zależności od wyników kontroli medycznej pacjenta, żywotności produktu i/lub ewentualnych niedogodności u chorego; wymiana lub usunięcie zgłębnika powinny być wykonywane pod kontrolą i nadzorem lekarza. Zgłębnik należy wymienić w przypadku pęknięcia, zatkania, przemieszczenia lub zniszczenia.

Flocare Zgłębnik nosowo-jelitowy Bengmark może być usunięty poprzez delikatne wyciągnięcie z nosa pacjenta. Usunięcie zgłębnika powinno być zawsze przeprowadzone pod nadzorem lekarza.

Po użyciu, utylizację produktu i opakowania przeprowadzić zgodnie z procedurami szpitalnymi, przepisami administracyjnymi i/lub lokalnymi przepisami prawa.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Najczęściej zgłaszanymi powikłaniami stosowania zgłębników nosowo-jelitowych są powikłania oddechowe związane z nieprawidłowym założeniem zgłębnika. Inne potencjalne powikłania mechaniczne zostały wymienione poniżej:

- wprowadzenie zgłębnika do dróg oddechowych,
- niedrożność zgłębnika,
- nieprawidłowe podłączenia,
- pęknięcie/zagięcie zgłębnika,
- przemieszczenie zgłębnika,
- podrażnienie/ból przełyku, gardła lub wokół nozdrzy,
- odleżyna błony śluzowej nosa, gardła i przełyku

Ogólne możliwe powikłania stosowania systemu żywienia dojelitowego obejmują powikłania żołądkowo-jelitowe, powikłania metaboliczne oraz infekcje.

TYLKO DO UŻYTKU U JEDNEGO PACJENTA

Nie używać ponownie wyrobu, nie wprowadzać ponownie do obiegu, nie sterylizować ponownie. Ponowne użycie, wprowadzenie do obiegu lub sterylizacja mogą naruszyć integralność strukturalną wyrobu i/lub prowadzić do jego uszkodzenia, co może skutkować urazem, chorobą lub śmiercią pacjenta. Ponowne użycie, wprowadzenie do obiegu lub sterylizacja mogą również stwarzać ryzyko skażenia wyrobu i/lub powodować zakażenie pacjenta lub zakażenia krzyżowe, w tym przeniesienie chorób zakaźnych z jednego pacjenta na drugiego. Skażenie wyrobu może prowadzić do urazu, choroby lub śmierci pacjenta.