

PROTOCOLLO NUTRIZIONALE IN CHIRURGIA COLORETTALE

Gruppo dietisti

Aprile 2013

Dr.ssa Maria Luisa Masini	Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze e-mail: masinim@aou-careggi.toscana.it Telefono: 055-7949061
Dr.ssa Anna Rita Sabbatini	Istituto Europeo di Oncologia Milano e-mail: annarita.sabbatini@ieo.it Telefono: 02-57489510
Dr.ssa Lorena Sartini	Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze e-mail: sartinilo@aou-careggi.toscana.it Telefono: 055-7947990
Dr.ssa Emanuela Zagallo	Istituto Europeo di Oncologia Milano e-mail: emanuela.zagallo@ieo.it Telefono: 02-5748510
Dr.ssa Gabriella Buti	Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze e-mail: laurea-dietista@dfc.unifi.it Telefono: 055-79442311

Gestione nutrizionale nel periodo pre-operatorio

Valutazione dello stato nutrizionale e prescrizioni dietetiche

- Deve essere eseguita una valutazione preoperatoria del rischio nutrizionale preferibilmente utilizzando il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). In tutti i pazienti è indicata la somministrazione preoperatoria di immunonutrizione (per 5 giorni prima dell'intervento). Nei pazienti con score – MUST ≥ 2 è indicata valutazione del dietista.
- Nessuna restrizione alimentare fino a sei ore prima dell'intervento; possibilità di assumere liquidi chiari (*clear fluids*)¹ fino a due ore prima dell'intervento.
- Somministrazione di bevanda a base di maltodestrine priva di lipidi, lattosio, fibra e glutine nella dose consigliata di n°4 brik da 200 ml, iniziando nel pomeriggio precedente l'intervento, e n°2 da 200 brik tre ore prima dell'intervento (solo nel caso che l'intervento avvenga a fine mattina o nel pomeriggio). La bevanda va assunta fresca, non a temperatura ambiente e non è controindicata nel paziente diabetico.

¹ Per liquidi chiari si intende: acqua, tea, caffè, bibite per sportivi, brodo di carne o vegetale, succhi di frutta senza polpa (uva, mela, mirtillo), ghiaccioli senza polpa o pezzi di frutta.

ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretale

Gestione nutrizionale nel periodo post-operatorio

Obiettivi e strategie del trattamento nutrizionale

- Prevenire e/o gestire la malnutrizione per difetto attraverso la valutazione del rischio nutrizionale e l'introduzione graduale di energia e nutrienti fino alla completa copertura dei fabbisogni.
- Prevenire la distensione dell'area in cui è stata realizzata l'anastomosi e gestire alcune sintomatologie che potrebbero presentarsi nel primo periodo post-operatorio (in particolare diarrea, eccessiva produzione di gas, ecc.). A tale scopo si ritiene indicata una ripresa dell'alimentazione per os con dieta a basso contenuto di fibra.

ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretale

Gestione nutrizionale giorno 0

Nessuna infusione post operatoria di principio. Se l'alimentazione orale precoce non è realizzabile, va mantenuta la terapia infusoriale a velocità di 1 ml/kg/h (da modificare comunque secondo l'assunzione orale di liquidi).

La sera dell'intervento, 2 ore dopo il risveglio dall'anestesia, dieta idrica (1 litro di acqua naturale, oligominerale).

Per i pazienti operati nel pomeriggio, il primo pasto sarà la colazione del mattino successivo (vedi gestione nutrizionale 1ª giornata). Per i pazienti operati al mattino, l'alimentazione può essere ripresa almeno 6 ore dopo il risveglio, seguendo il piano di trattamento sotto indicato.

Piano di trattamento

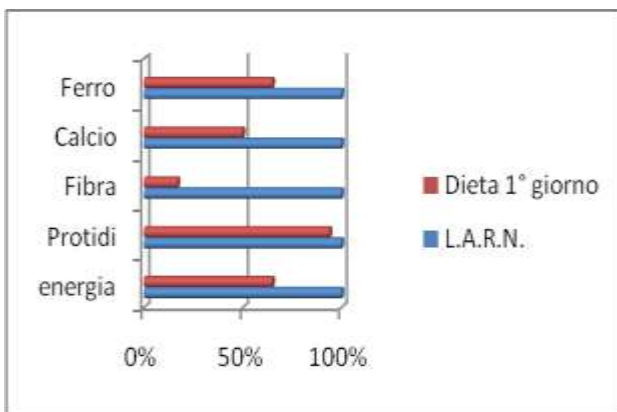
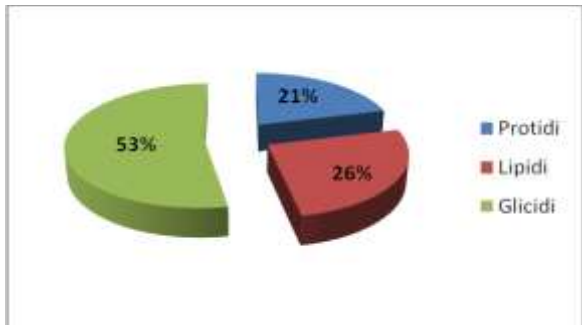
Alimenti da consumare durante la giornata	Composizione dieta
Semolino o minestra	kcal 450 Protidi: g 32 Lipidi: g 14 Glicidi: g 54
Parmigiano grattugiato	
Olio extra vergine d'oliva	
Carne bianca	
Succo di frutta senza polpa	

ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretale

Gestione nutrizionale 1^a giornata		
Piano di trattamento		
Bere almeno 2 litri di liquidi (1 litro e ½ di acqua a cui si aggiungono 400 ml di succo di frutta come previsto dal piano di trattamento).		
Alimenti da consumare durante la giornata		Composizione dieta
Tè o caffè d'orzo Biscotti secchi o fette biscottate g 60 Zucchero g 10 Yogurt bianco g 125 Pasta o riso g 60 Pane comune g 50 o crackers g 25-30 Parmigiano grattugiato g 20 Carne bianca g 150 o pesce g 200 Olio extra vergine d'oliva g 20 Succo di frutta senza polpa ml 400		Kcal 1300 Protidi: g 66 Lipidi: g 55 Glucidi: g 182 Fibra: g 5 Calcio: mg 500 Ferro: mg 6
Distribuzione giornaliera indicata		
Colazione	Tè o caffè d'orzo Biscotti secchi o fette biscottate Zucchero	g 30 g 5
Spuntino	Yogurt bianco	g 125
Pranzo	Pasta o riso Parmigiano grattugiato Carne bianca Pane comune Olio extravergine d'oliva Succo di frutta senza polpa	g 30 g 10 g 70/80 o pesce g 100 g 25 g 10 ml 200
Spuntino	Tè o caffè d'orzo Biscotti secchi o fette biscottate Zucchero	g 30 g 5
Cena	Pasta o riso Parmigiano grattugiato Pane comune Carne bianca Olio extravergine d'oliva Succo di frutta senza polpa	g 30 g 10 g 25 g 70/80 g o pesce g 100 g 10 ml 200
Cotture consigliate: al vapore, ai ferri, arrosto, lessatura		

ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretta

Gestione nutrizionale 1^a giornata		
Piano di trattamento		
Composizione bromatologia media		
Energia	Kcal 1300	
Protidi totali	g 66	Apporti nutrizionali della dieta rispetto ai fabbisogni L.A.R.N. 2012 (individuo maschio adulto)
Protidi animali	g 55	
Lipidi	g 38	
Glicidi	g 182	
Fibra alimentare	g 5	
Calcio	mg 500	
Ferro	mg 6	



Sulla base della situazione clinica e della valutazione della reale assunzione alimentare del paziente, deve essere valutata la necessità di supplementazione nutrizionale orale (ONS) o supporto con NA.

ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretale

Gestione nutrizionale 2^a giornata		
Piano di trattamento		
Bere almeno 2 litri di liquidi (di cui 1 litro e ½ di acqua).		
Alimenti da consumare durante la giornata	Composizione dieta	
Tè o caffè d'orzo		Kcal 1800 Protidi: g 86 Lipidi: g 53 Glucidi: g 263 Fibra: g 17 Calcio: mg 600 Ferro: mg 9
Biscotti secchi o fette biscottate	g 60	
Zucchero	g 10	
Yogurt bianco	g 125	
Pasta o riso	g 80	
Parmigiano grattugiato	g 20	
Pane comune	g 100 o crackers g 50-60	
Carne bianca	g 200 o pesce g 300	
Patate/carote/zucchine	g 300	
Olio extra vergine d'oliva	g 30	
Frutta fresca senza buccia (mela, banana)	g 300	
Succo di frutta	ml 200	
Distribuzione giornaliera indicata		
Colazione	Tè o caffè d'orzo Biscotti secchi o fette biscottate Zucchero	g 30 g 5
Spuntino	Yogurt bianco Succo di frutta	g 125 ml 200
Pranzo	Pasta o riso Parmigiano grattugiato Pane comune Carne bianca Patate/carote/zucchine Olio extra vergine d'oliva Frutta fresca senza buccia (mela, banana)	g 40 g 10 g 50 o crackers g 25-30 g 100 o pesce g 150 g 150 g 15 g 150
Spuntino	Tè o caffè d'orzo Biscotti secchi o fette biscottate Zucchero	g 30 g 5
Cena	Pasta o riso Parmigiano grattugiato Pane comune Carne bianca Patate/carote/zucchine Olio extra vergine d'oliva Frutta fresca senza buccia (mela, banana)	g 40 g 10 g 50 o crackers g 25-30 g 100 o pesce g 150 g 150 g 15 g 150
Cotture consigliate: al vapore, ai ferri, arrosto, lessatura		

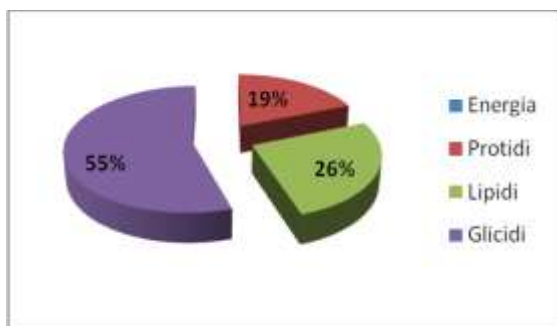
ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretta

Gestione nutrizionale 2^a giornata

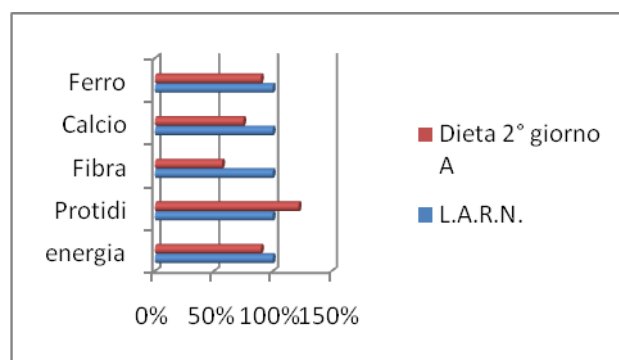
Piano di trattamento

Composizione bromatologia media

Energia	Kcal 1800
Protidi totali	g 86
Protidi animali	g 64
Lipidi	g 53
Glicidi	g 263
Fibra alimentare (preval. solubile)	g 17
Calcio	mg 600
Ferro	mg 9



Apporti nutrizionali della dieta rispetto ai fabbisogni L.A.R.N. 2012
(individuo maschio adulto)



Sulla base della situazione clinica e della valutazione della reale assunzione alimentare del paziente deve essere valutata la necessità di supplementazione nutrizionale orale (ONS) o attivazione di NA.

ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretale

Alla dimissione

Tutti i pazienti risultati ad alto rischio nutrizionale al test di screening eseguito al momento del ricovero (o in preospedalizzazione) devono essere indirizzati alla valutazione del dietista durante la degenza e per la dimissione. Al momento della dimissione dovrà essere valutata la necessità di proseguire con il follow-up nutrizionale.

L'obiettivo della rialimentazione a domicilio è il raggiungimento di un'alimentazione equilibrata e completa a circa un mese dall'intervento chirurgico.

Saranno quindi reintrodotti gradualmente tutti gli alimenti, modificando quantità e qualità al fine di soddisfare il fabbisogno calorico – proteico individuale.

ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM (gruppo dietisti)
Protocollo nutrizionale chirurgia coloretta

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Protocollo ERAS in chirurgia coloretta - Progetto ERAS Italy (www.italianperioperativeprogram.it).
2. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, McNaught CE, MacFie J, Liberman AS, Soop M, Hill A, Kennedy RH, Lobo DN, Fearon K, Ljungqvist O. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations; *World J Surg* 2012.
3. Nygren, Thacker J, Carli F, Fearon KCH, Norderval S, Lobo DN, Ljungqvist O, Soop M, Ramirez J. Guidelines for Perioperative Care in Elective Rectal/Pelvic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations; *World J Surg* 2012.
4. Nutrition and Diagnosis – Related Care. Sylvia Escott-Stump. Seventh Edition, 2012.
5. Lassen K, Soop M, Nygren J, et al. Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Colorectal Surgery Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group Recommendations. *Arch Surg* 2009; 144 (10): 961-969.
6. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P, Jauch KW, Kemen M, Hiesmay JM, Horbach T, Kuse ER, Vestweber KH. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation. *Clinical Nutrition* 2006; 25: 224-244.
7. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CHC, Lassen K, Nygren J, Hausel J, Soop M, Andersen J, Kehlet H. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition* 2005; 24: 466-477.