

Le decubitus ventral ne contre-indique pas la nutrition entérale

La nutrition orale/entérale doit être privilégiée !

La nutrition orale est préférable à la nutrition entérale (si nutrition orale insuffisante, compléments nutritionnels oraux et/ou nutrition entérale cyclique nocturne de complément).

Cas particulier : si le decubitus ventral est associé à des vomissements, débiter une NP complémentaire voire exclusive.

Les patient en réanimation doivent être considérés comme à risque de dénutrition au-delà de 2 à 3 jours*

PREMIÈRE LIGNE

La nutrition entérale en position dorsale ou ventrale doit être débutée dans les 48h.

La cible énergétique est de 25 Kcal/kg/j**

Apports protéiques = 1,3 g/kg/j

IMC < 30 : se référer au poids actuel

Obèse (IMC ≥ 30) = se référer au poids ajusté :

Le débit est augmenté progressivement pour atteindre 60% de la cible en 72h.

Schéma
d'augmentation

J1= 8 Kcal/kg/j

J2 = 15 Kcal/kg/j

J3 = 20 Kcal/kg/j

J4 = 25 Kcal/kg/j

DEUXIÈME LIGNE

Si nutrition entérale non optimale ou impossible: débiter une nutrition parentérale entre J4 et J7



La nutrition parentérale doit être augmentée progressivement pour atteindre la cible énergétique en 72h.

La nutrition parentérale doit être prescrite avec vitamines et oligoéléments (+phosphore les 2 1ers jours pour prévenir SRI, et au-delà si hypophosphorémie)

Tant que la nutrition entérale n'est pas optimale, poursuivre la nutrition parentérale en complément

Remarques :

- Si le tube digestif est non fonctionnel d'emblée débiter la nutrition parentérale et ne pas attendre J4
- Attention à la prévention du syndrome de renutrition inappropriée (SRI)
Doser iono phosphore et magnésium tous les jours les 3 premiers jours
Corriger l'hypophosphorémie et les troubles électrolytiques avant démarrage de la nutrition