

ATENCIÓ NUTRICIONAL A DOMICILI

Mercè Planas i Cleofé Pérez-Portabella

Unitat de Suport Nutricional, Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona

Les millores en les tècniques diagnòstiques i tractaments, juntament amb les característiques de la societat actual, han generat canvis demogràfics importants. Les dotacions dels hospitals per a millorar els serveis que ofereixen als seus pacients han fet augmentar de manera important el cost de l'estada hospitalària.

En el moment actual ens trobem amb un envelliment de la població que genera un augment de pacients amb patologies cròniques que poden comportar necessitats sanitàries un cop aconseguida l'estabilitat clínica dins la seva hospitalització. Un important nombre d'aquests pacients necessiten, durant un període més o menys prolongat o, fins i tot, per a la resta de la seva vida, cert grau d'atenció mèdica a domicili per a la seva recuperació o manteniment. Aquesta atenció sanitària comporta la necessitat no solament de mitjans tecnològics, sinó també d'una bona organització i de personal qualificat. Tot aquest conjunt fa que sigui possible la prestació dels serveis sanitaris al mateix domicili del pacient de forma segura, eficaç i menys costosa.

Mantenir un bon estat nutricional hauria de ser l'objectiu de totes les persones per tal de millorar l'estat de salut i prevenir malalties, tant les anomenades «per excés» com les anomenades «per defecte». Un gran nombre de pacients necessiten suport nutricional a domicili; són totes aquelles persones que, tot i estar clínicament estables, no són capaces d'assolir de forma convencional els requeriments recomanats. Els pacients que pateixen desnutrició per una malaltia qualsevol veuen dificultada la seva guarició i poden veure complicada l'evolució de la patologia. La

qualitat de vida es veu afectada per la disminució de la capacitat de resposta de l'organisme a les agressions diverses tals com les infeccions, la dificultat de cicatrització de ferides, etc. La disminució de la força muscular comporta la disminució de la capacitat ventilatòria del pulmó i del reflex de la tos, això afavoreix l'aparició de les pneumònies i infeccions de les vies respiratòries. De manera general, la falta de força provoca una disminució de la capacitat d'autonomia amb totes les conseqüències que comporta la falta de llibertat de moviments, especialment per a l'estat psicològic dels pacients.

La desnutrició és una conseqüència de la falta d'aportació de nutrients o bé d'una utilització insuficient. La salut de les persones depèn, en part, de la forma com s'han alimentat al llarg de les diferents etapes de la vida i de com ho han fet en les situacions específiques de cada moment, és a dir, cada individu ha de recuperar l'energia i la reserva proteica que ha consumit i ingerir amb els aliments aquells nutrients essencials per al bon funcionament del seu organisme. La quantitat i la qualitat dels nutrients necessaris variarà segons l'edat, el pes, la talla, l'activitat i l'estat de salut. Els infants necessiten l'aportació de nutrients per a créixer i desenvolupar-se, les persones adultes sanes per a portar l'activitat diària i en els individus malalts augmenten les necessitats energètiques per a la reposició del desgast generat necessari per a guarir-se.

Una persona sana pot mantenir-se amb l'aportació d'una dieta equilibrada suficient; una persona malalta necessita, en moltes ocasions, reposar i aportar nutrients amb dietes dirigides. Algunes vegades, certs aliments poden estar res-

tringits perquè el malalt no els tolera o no són recomanables per a determinades patologies; altres vegades hi ha una disminució de la capacitat de menjar bé per falta de consciència, de gana, de dents, per depressió, per disminució de la capacitat de deglutir, etc., i això comportarà que els ingressos no cobreixin les necessitats. Per altra banda, és obvi que si els pacients que presenten malalties estan ben nodrits disminueix el risc de complicacions, els calen menys dies d'estada hospitalària i tenen una millor qualitat de vida. Detectar pacients amb risc de desnutrició i actuar de forma precoç (preventiva) millora de manera notable l'evolució de la malaltia. Signes i símptomes que en ocasions passen desapercebuts com l'anorèxia, la disfàgia, el canvi de sabor dels aliments, la dificultat per a mastegar o deglutir, els canvis en els hàbits alimentaris, ens poden orientar sobre el risc de desenvolupar desnutrició. Pot ser un punt de partida que acabarà provocant una important desnutrició en el pacient. Per aquestes i altres raons, les persones que pateixen malalties han de menester una atenció nutricional especialitzada, ja que la pròpia malaltia pot generar situacions carencials, necessitar canvis substancials en les necessitats, aportacions i modificacions en els tipus de nutrients que cal administrar.

És evident que la millor manera d'alimentar-se és de forma gastronòmica. Tot i això, hi ha persones que no poden fer-ho per les dificultats que els ocasiona la seva malaltia o anatomia. El plaer de menjar i les connotacions agradables que l'envolten en ocasions han de ser substituïdes per tècniques d'alimentació que pretenen ser el més

fisiològiques i agradables possibles. L'objectiu principal d'aquestes és mantenir o recuperar un estat nutricional adequat per a millorar l'evolució de la malaltia, l'efectivitat dels tractaments i, en definitiva, la qualitat de vida dels pacients.

Si un pacient no pot menjar de manera habitual però manté un funcionalisme digestiu acceptable i una capacitat suficient d'absorció dels nutrients, la nutrició enteral és avui en dia la teràpia que cal escollir pel fet de ser la que ofereix una major garantia amb menys possibilitat de complicacions a la vegada que, a més de facilitar el manteniment del funcionalisme digestiu, comporta beneficis en la resposta immunitària del pacient. La nutrició enteral és una tècnica que permet aportar directament al tub digestiu fórmules variades que permeten assegurar l'aportació i l'efectivitat dels nutrients que la componen.

L'atenció sanitària pública actual ofereix als seus beneficiaris un ampli ventall de prestacions de qualitat. La constant actualització de tècniques diagnòstiques i tractaments, per a una població que augmenta any rera any la seva edat de supervivència i la prevalença de malalties cròniques, requereix una important despesa econòmica sanitària. Mantenir la diversitat i qualitat de prestacions i serveis, sense augmentar desmesuradament els costos, és, avui, un repte per als gestors i un compromís per als professionals sanitaris.

La causa de què els nostres clínics i les nostres administracions vegin en l'atenció nutricional a domicili una estratègia terapèutica de futur respon a l'experiència d'altres països. El nou sistema ha ofert la possibilitat d'aconseguir objectius econòmics, mèdics i socials. Ha disminuït l'estada hospitalària, s'han reduït els costos d'atenció, s'ha incrementat la possibilitat de realitzar un major nombre d'ingressos a l'hospital per a poder donar a un major nombre de pacients la possibilitat d'ésser atesos, i ha disminuït el risc de complicacions per infeccions nosocomials a la vegada que ha millorat la qualitat de vida dels pacients que poden rebre en el seu entorn familiar el tractament adequat amb efectivitat i seguretat.

L'atenció nutricional enteral domiciliària és actualment una de les facetes

d'atenció sanitària a domicili que ofereix més interès. Permet als pacients estables rebre l'atenció nutricional al seu domicili sense excessives dificultats. Aquest tipus d'atenció domiciliària, que es du a la pràctica des de fa anys en diversos països, s'ha iniciat en diverses comunitats espanyoles en els últims anys. De moment, la informació disponible sobre la incidència de Nutrició Artificial Domiciliària existent en el món no sempre reflecteix la realitat. Això respon al fet que, en cap país, no existeix una obligatorietat de registres de Nutrició Artificial Domiciliària; a la diversitat de registres (existents), i a la diversitat de sistemes sanitaris vigents.

En el nostre país, la Nutrició Enteral Domiciliària és una modalitat de tractament relativament recent. De fet, està prenent importància a partir de la nova reglamentació sobre la dispensació dels productes d'atenció domiciliària (Reial Decret 63/1995), per la qual s'ordenen les pestacions finançades pel Sistema Nacional de Salut, entre les quals s'inclou la nutrició enteral; l'Ordre Ministerial de 2 de juny de 1998 per a la regulació de la Nutrició Enteral Domiciliària, i la creació d'Unitats de Nutrició en alguns hospitals.

L'elevat cost sanitari que suposa l'ocupació d'un llit, l'augment del nombre de pacients que han de continuar amb un suport nutricional durant un període

llarg de temps un cop estabilitzats clínicament, la possibilitat d'acostar l'hospital al domicili del pacient tot preservant la intimitat i l'entorn, i el fet d'assegurar una atenció especialitzada i continuada, ha estat la motivació per la qual diversos hospitals de Catalunya han posat en funcionament el programa de Nutrició Artificial Domiciliària. Les diverses situacions en l'organització de l'atenció nutricional dels mateixos hospitals (molts dels quals no compten amb Unitats de Suport Nutricional estructurades) i les diferents possibilitats per a gestionar el servei, han estat la causa de les diferents interpretacions de la implantació de l'atenció nutricional domiciliària. Alguns hospitals es limiten a dispensar els productes des de la seva farmàcia, altres controlen els pacients únicament a la consulta externa de l'hospital, i altres ofereixen un servei íntegre en què el pacient és controlat al seu domicili o a consultes externes de l'hospital segons quin sigui el seu nivell d'autonomia.

Els pacients candidats a rebre nutrició enteral al seu domicili procedeixen de centres hospitalaris on s'han estabilitzat clínicament, però segueixen requerint suport nutricional enteral, o bé són pacients la patologia dels quals els ha permès romandre al seu domicili i és allà on es detecta, per l'evolució de la malaltia, la necessitat de rebre suport nutricional per via enteral.



Bàsicament, hi ha dues vies d'administració de la nutrició enteral. La primera és la via oral, que és per a pacients que poden ingerir aliments sense problemes però que no són capaços d'ingerir més de 1.000 Kcal/dia o 30 gr. de proteïnes al dia, o bé no arriben a satisfer, amb l'alimentació convencional, la meitat de les seves necessitats diàries. Dins de la nutrició enteral per via oral hi ha l'alimentació oral suplementada, que aporta complements a l'alimentació oral convencional que permetn assolir els objectius previstos. Mantenir aliments convencionals conjuntament amb l'alimentació artificial pot millorar l'apetència del pacient cap el producte artificial, ja que permet incloure a la dieta sabors variats i familiars i, per un altre costat, permet a la família satisfer les preferències del pacient.

Sempre que el malalt no pugui prendre els aliments per via oral, s'haurà d'utilitzar l'ajuda d'una sonda que comunica l'exterior amb algun tram del sistema digestiu com a via de nutrició enteral. Les sondes poden ser nasoentèriques (comuniquen l'exterior amb el tram digestiu a través del nas), de les quals les més utilitzades són les nasogàstriques, o sondes d'ostomia (orificis no naturals canulats per una sonda que comuniquen el tram digestiu amb la paret abdominal). Totes elles ens permeten aportar a l'aparell digestiu fórmules nutricionals. Quan la previsió del temps de nutrició és inferior a

cinc setmanes o si es vol valorar l'efecte de la nutrició i l'acceptació del pacient, la sonda nasogàstrica és l'elecció idònia. Les ostomies estan indicades en nutricions enterals de llarga duració. De les ostomies, la més freqüent és la gastrostomia, mentre que la jejuostomia (comunicació de la paret abdominal amb el jejú) és l'elecció pertinent per a pacients de cirurgia digestiva alta. Si bé les gastrostomies es poden col·locar per cirurgia, per tècniques endoscòpiques o radiològiques, la jejuostomia es col·loca habitualment al mateix moment de l'acte quirúrgic.

En quant al calibre de la sondes de nutrició col·locades per a nodrir els pacients a domicili no ha de ser mai inferior a 10 frenchs ni tampoc superior a 14 frenchs. Sondes de diàmetre inferior presentarien problemes per a la comprovació de la correcta col·locació, i també d'obstrucció freqüent; i sondes de diàmetre superior produirien molèsties locals, a més de problemes d'erosions intranasals, esofàgiques i en el mateix estómac. La qualitat del material és important, ja que ha de ser resistent als sucs gàstrics i prou tou per a evitar erosions. Les sondes d'administració de la nutrició enteral requereixen una atenció diària pel que fa a les mesures higièniques en general (neteja de la boca, hidratació dels llavis, neteja de la pell, etc.) i possibilitat de mobilització per a evitar lesions.

La dieta per sonda pot permetre una alimentació mixta (aliments convencionals i productes comercials), però l'aportació de productes casolans (sempre líquids) queda molt limitada, ja que habitualment són causa d'obstruccions i intoleràncies sospitoses. En l'actualitat comptem amb fórmules nutricionals ja preparades per a ser utilitzades sense necessitat de cap tipus de manipulació prèvia que són totalment estèrils i homogènies. Tot això facilita que siguin ben tolerades i s'evitin manipulacions incorrectes. Abracen un ampli ventall de possibilitats que permeten administrar a cada persona la dieta que li correspon. Les dietes necessiten atenció en quant al control de caducitat i d'emmagatzematge correcte, i cal tenir la precaució de guardar-les a la nevera un cop obertes, així com retirar-les del frigorífic un temps prudencial previ a l'administració per tal d'evitar que estigui massa freda.



La Nutrició Enteral Domiciliària és una tècnica fàcil i segura si es realitza correctament i es compta amb una correcta formació de pacients i cuidadors. No obstant això, la pràctica a domicili d'aquesta tècnica necessita una valoració prèvia, per part de l'equip responsable, de les condicions higièniques de la llar i la capacitat de comprensió de l'entorn familiar. Si aquestes no són les adequades, poden arribar a invalidar la indicació domiciliària. La nutrició domiciliària ha de tenir un equip especialitzat, format per un metge responsable, dietistes clínics i infermeres capacitades amb dotació per a coordinar el subministrament de productes i materials a domicili; donar resposta les 24 hores del dia a possibles problemes que puguin sorgir; realitzar els controls necessaris, la formació i la valoració de les cures i l'entorn; controlar els registres dels pacients; valorar els costos, i controlar la qualitat del servei. La coordinació de tot l'equip, de manera especial les relacions amb les persones que tenen cura del pacient directament, la unificació de criteris i coneixements en el moment d'aplicar l'atenció al pacient al seu domicili són imprescindibles per a aconseguir una bona qualitat de la gestió i la satisfacció del client. D'aquesta manera, es podran complir els objectius mèdics, socials i econòmics marcats, que fan de la nutrició a domicili una alternativa terapèutica vàlida en l'atenció hospitalària.

