

Nutrição entérica no ambulatório

Home enteral nutrition

M. Ermelinda Camilo*

Resumo

A qualidade da nutrição entérica no ambulatório deve ser implementada através de uma rede de cuidados de nutrição, articulada entre grupos de nutrição hospitalares e centros de saúde. É imperiosa a criteriosa selecção de doentes e da via de administração. A gastrostomia percutânea protocolada pode ser a melhor opção para uma nutrição entérica de média/longa duração.

Palavras chave: *qualidade, nutrição entérica no ambulatório, gastrostomia percutânea*

Abstract

The quality of home enteral nutrition must rely on a network between hospital nutritional teams and primary care. Major issues are the selection of patients and access route. Percutaneous endoscopic gastrostomy, properly managed, may be the best option for the medium-long term cases.

Key words: *quality, home enteral nutrition, percutaneous endoscopic gastrostomy*

Na nossa cultura, a nutrição é um importante símbolo de amor, solidariedade social e ligação à vida. Contudo, é fundamental colocar em perspectiva o que é simbólico e o que é sensato e eficaz. Sem sofismas, a nutrição entérica (NE) por sonda deve encarar os objectivos de cuidados de saúde que encerra, quando se muda de uma atitude curativa ou paliativa para a optimização da qualidade de vida, sem prolongamento desnecessário ou não desejado (pelos doentes, familiares ou sociedade).

A nutrição entérica no domicílio é um método alternativo e, potencialmente, com melhor efectividade/custo relativamente à hospitalização. Para que tal aconteça, é necessária uma definição da organização e controlo de qualidade que devem ser orientados

por grupos de nutrição multidisciplinares (médicos, dietistas, enfermeiros, farmacêuticos) de hospitais terciários ou secundários em estreita articulação com a equipa de saúde de família (médico, enfermeiro, dietista, assistente social), a implementar segundo princípios de rigor ajustados, de forma pragmática, às condicionantes loco-regionais.

Este é o passo fundamental: planificar, organizar, estabelecer normas, registos e comunicação eficaz (entre técnicos de saúde em paralelo com doentes e/ou familiares). Devemos aproveitar, de forma crítica, as experiências de outros para implementarmos criteriosamente esta área sensível dos cuidados de saúde. Área sensível porque tem de integrar ética, finanças e vida ou qualidade de vida.

Surge, assim, como prioritária a questão da selecção de doentes. A maioria tem doenças neurológicas com perturbações da deglutição, mas a gastroenterologia, pediatria, geriatria, oncologia e SIDA contribuem com um número significativo. A percentagem de cada área depende muito da existência ou não de políticas subjacentes, mas, em regra, é dominante a componente dos idosos até porque engloba a maioria das doenças neurológicas e oncológicas. Neste contexto, é natural que a mortalidade seja elevada, embora haja evidência de que, com excepção de situações terminais, a nutrição entérica eficaz determina melhor estado de nutrição e de qualidade de vida e melhor capacidade funcional. Se é um facto que apenas 15 a 25% dos doentes em NE vêm a retomar alimentação oral completa aos 6 meses, alguns conseguem-no mais tarde. Portanto, se houver uma rigorosa selecção de doentes, a NE pode ser uma valiosa terapêutica de suporte, ou adjuvante de média a longa duração. Neste contexto, para além da situação clínica subjacente, toma particular acuidade a questão da via de acesso a utilizar para a administração de nutrientes. Assim, há que ter em conta o *porquê*, para definir *onde* e *como*. Podemos usar sondas de fino calibre (8 French) nasogástricas ou nasoentéricas para curta duração; as gastrostomias ou jejunostomias, idealmente por via endoscópica percutânea; por laparoscopia ou por cirurgia (apenas na falência ou impossibilidade das anteriores) são reservadas para média/longa duração. A decisão *acertada* tem de ser individualizada, podendo ser desejável a colocação precoce (1 a 3 semanas) de uma gastrostomia percutânea. Na realidade, a via de acesso tem implicações no regime de administração das dietas químicas ou de alimentos correntes, bem como nas complicações da NE. No momento actual, desde que devidamente protocolada, a NE através da gastrostomia percu-

*Assistente Hospitalar Graduada de Gastroenterologia e Responsável pelo Grupo de Nutrição do Hospital de Santa Maria Serviço de Medicina II do Hospital de Santa Maria, Lisboa
Recebido para publicação a 23.09.96

tânea (PEG) é a que tem melhor efectividade/custo, para a maioria dos doentes e para os serviços de Saúde. Há, pois, que promover a adesão dos médi-

cos à sua utilização mais precoce, quando o doente não pode comer, mas ainda há possibilidade de acesso a um tubo digestivo suficientemente funcionante.

Bibliografia

1. Elia M. An international perspective on artificial nutritional support in the community. *Lancet* 1995; 345: 1345-1349.
2. Payne-James JJ. Enteral nutrition. *Eur J Gastr Hep* 1995; 7: 501-506.
3. Gaggioti G, Ambrosi S, Spazzafumo L, Sgattoni C, Orlandoni P, Rosati S. Two-year outcome data from the Italian Home Enteral Nutrition (IHEN) Register. *Clin Nutr* 1995; 14 (Sup.1): 2-5.
4. Kaw M, Sekas G. Long-term follow-up of consequences of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes in nursing home patients. *Dig Dis Sci* 1994; 4: 738-743.
5. Clevenger FW, Rodriguez DJ. Decision-making for enteral feeding administration: the why behind where and how. *Nutr Clin Pract* 1995; 10: 104-113.