

Necessità di estendere le indicazioni della NED

Scegliere sempre la via enterale, se possibile.

Abbiamo visto che la NA è una moneta con due facce: la Nutrizione Enterale (NE) e la Nutrizione Parenterale (NP). Le due tecniche sono complementari l'una all'altra, la NE deve sempre precedere la NP: dove la NE non è possibile bisogna usare la NP.

In realtà l'uso eccessivo della NP è stato il

motivo della poca diffusione delle tecniche di rinutrizione: la NP comporta una serie di rischi di complicanze per cui alla fine i vantaggi finiscono per essere meno degli svantaggi. Se poi il trattamento si prolunga le complicanze diventano la causa di sicuro fallimento.

E' dunque indispensabile restituire alla NE il suo ruolo di preminenza al punto che la NP sia da considerarsi l'eccezione.

In realtà quando 25 anni fa mi



Figura 1: pseudoostruzione intestinale. Ha girato il mondo intero per farsi curare. In una occasione con una sonda nasogastrica gli furono estratti 7 litri di liquidi sequestrati in intestino. Con la NED sale da 39 kg fino a 65 e recupera completamente lo stato di nutrizione. La ripresa dell'alimentazione orale lo squilibra completamente. Non vuole vivere solo con la NED. Passa a NP e sopravvive poco più di 5 anni. Muore di complicanze settiche.

presentarono la tecnica della NE (con l'uso di pompe assurde e soluzioni nutrizionali che ancora si dovevano diluire) la mia prima impressione fu negativa. Dissi che era una tecnica inutile in quanto se l'intestino era utilizzabile allora il paziente era meglio che si alimentasse con cibi naturali. Questa osservazione veniva dalla convinzione che i cibi naturali fossero più efficaci di tutte queste diavolerie, convinzione che incontro ancora oggi nei miei pazienti e nei loro medici. Quello che mi convinse invece all'uso della NE fu l'immediata evidenza di tre cose:

- l'efficacia nutrizionale
- la mancanza di complicanze
- la semplicità del trattamento.

Sono stato uno dei primi utilizzatori della Nutrizione Parenterale in Italia e l'ho utilizzata su migliaia di pazienti. Sono stato uno dei primi utilizzatori e fautori delle sacche all-in-one. Sono stato fin dall'inizio l'utilizzatore della via giugulare. La NP è utilissima ed efficacissima. In qualche modo è anche più semplice della NE. Ma il rischio delle infezioni è inaccettabile e nell'ottica di un trattamento a lungo termine (e la metà dei 350 pazienti che adesso ho in cura è in trattamento da oltre 2 anni) diventa controproducente.

Il rischio delle infezioni è connaturato alla NP come il problema delle scorie radioattive è connaturato alle centrali nucleari per cui alla fine se non vuoi le scorie devi rinunciare alle centrali. Così se non vuoi le infezioni devi rinunciare alla NP. Le complicanze infettive derivano dal fatto che le soluzioni nutrizionali

sono un pabulum ideale per i microbi che sviluppandosi facilmente in esse finiscono per infettare il catetere endocavale esponendo il paziente a febbri settiche.

E le complicanze della NP non si arrestano solo alle infezioni. Ci sono le complicanze legate all'introduzione e al mantenimento in sede di un accesso endocavale. La più tragica è il pneumotorace per l'eccessivo e ingiustificato uso della via succlavia: la punta dell'ago che deve posizionare il catetere punge la cupola pleurica (niente di più facile visto che la vena giugulare è adagiata su di essa) e lede il polmone. La lesione del parenchima polmonare fa uscire aria nello spazio pleurico e il polmone si collassa. Nella metà dei casi è necessario posizionare un drenaggio di aspirazione pleurica aspettando che la lesione di continuità del polmone si rimargini. Questa complicanza può far precipitare il quadro clinico di un paziente già compromesso per altre patologie. Basterebbe evitare la via succlavia, ma già l'ostinarsi di tanti medici all'uso di questa via per i pazienti che devono essere sottoposti a NP la dice lunga sul loro senso di responsabilità nei confronti dei loro pazienti.

Molti autori parlano di pneumotorace come complicanza rara, un 'rischio calcolato': ma raccogliendo le storie di migliaia di pazienti che sono venuti a farsi curare da me ho registrato almeno tre casi di pneumotorace bilaterale in seguito a tentativi di posizionare una vena centrale che era perfettamente inutile in quanto il paziente l'ho poi curato benissimo con la NE.

Infine la NP introduce i nutrienti attraverso una via che è innaturale in quanto

Vantaggi della NP

Sempre possibile in qualsiasi paziente
Limite infusione superiore a 270 cal/h
Collaborazione del paziente meno importante
Tecnica più semplice

Svantaggi della NP

Rischio importante di complicanze settiche
Tecnica rischiosa
Costo maggiore
Via nutrizionale meno naturale
Poco idonea a lunghi trattamenti

Svantaggi della NE

Possibile solo se l'intestino è utilizzabile
Limite infusione a 160 cal/h
Necessità della collaborazione del paziente
Organizzazione più complessa

Vantaggi della NE

Complicanze settiche inesistenti
Tecnica quasi completamente sicura
Costo minore
Via nutrizionale più naturale
Idonea a lunghi trattamenti

bypassa completamente il fegato ed il risultato è una minore tollerabilità del paziente al carico nutrizionale: infondendo il carico nutrizionale attraverso la via portale, usando la NE, determina una reazione glicemica nettamente inferiore rispetto allo stesso carico calorico somministrato per via sistemica con la NP.

In conclusione sceglieremo NE tutte le volte che è possibile.

Bisogna fare più Nutrizione Enterale

Come si spiega che quasi la metà dei pazienti che arrivano al mio ambulatorio hanno un calo ponderale superiore al 20% e arriva spesso al 40-50%?

Visto che nella maggior parte dei casi l'instaurarsi della malnutrizione è un processo lento, come è possibile che i medici che li hanno curati non abbiano preso in considerazione prima il problema?

Invece che pensare subito al leggendario malfunzionamento del Servizio Sanitario Italiano, analizziamo il problema. E' possibile che medici e pazienti non si siano resi conto

dell'instaurarsi della malnutrizione? Certamente la lentezza del processo può ingannare il paziente o un convivente, ma quando si arriva alla malnutrizione grave esistono evidenze ben chiare: la necessità di fare altri buchi alla cintura dei pantaloni, l'orologio che balla sul polso, gli indumenti che vengono giù come tela di sacco. E poi ci sarà l'amico che ti incontra dopo qualche tempo e lo stesso medico che ti vede di tanto in tanto.

In realtà, a quei livelli, il decadimento dello stato di nutrizione è troppo evidente e anche i più sprovveduti si rendono conto dell'importanza dello stato di nutrizione per la salute generale del paziente.

In realtà non c'è un difetto di valutazione, ma è la cura che viene sbagliata. Medici e pazienti pensano che mangiare di più o seguire anche una dieta iperproteica e ipercalorica pianificata da uno specialista possa risolvere il problema. Invece salire di peso è difficile: per farlo in un tempo ragionevole bisogna raddoppiare l'introduzione calorica e questo è praticamente impossibile in un paziente che già aveva tutti i presupposti per scendere di peso.

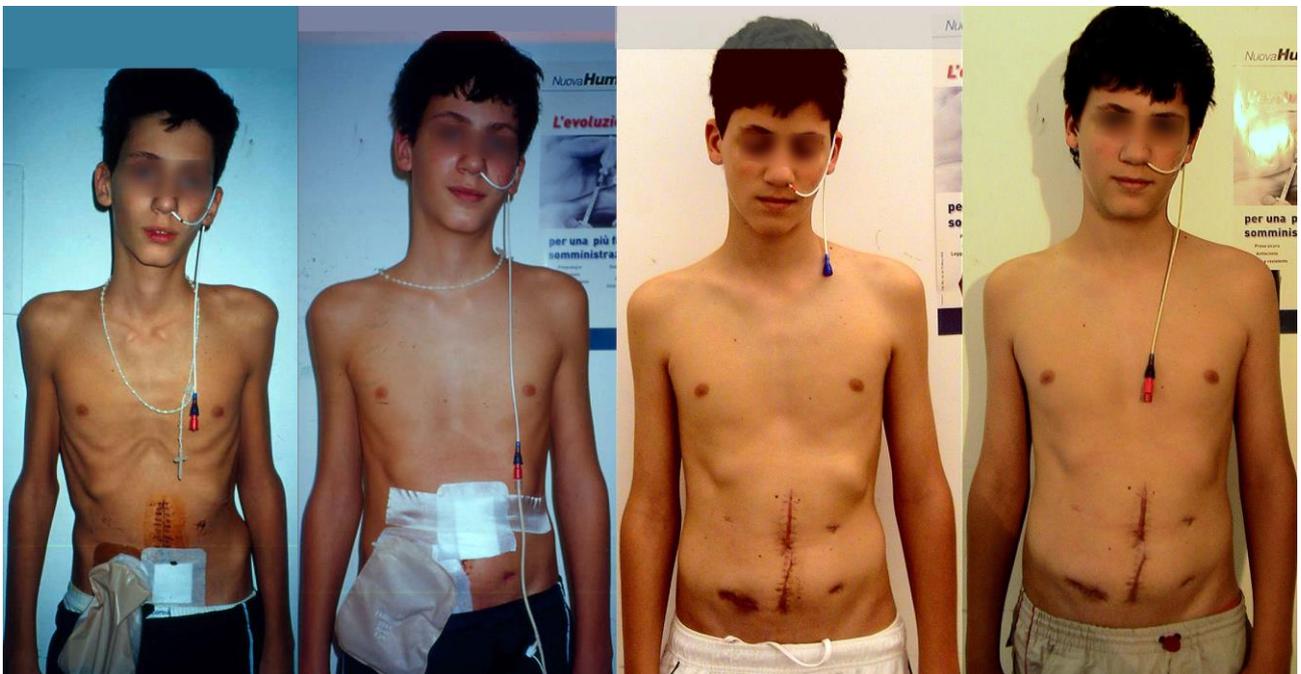


Figura 2: poliposi familiare. Intervento di colectomia totale con risultati disastrosi. Deiscenza dell'anastomosi, necessità di ileostomia terminale in un adolescente. Scende da 49 kg a 41.7. Arriva da noi per una preparazione nutrizionale al successivo intervento di ricanalizzazione. Lamenta dolore addominale postprandiale che gli impedisce un'adeguata alimentazione. Inizia NE e rapidamente sale di peso, ma contemporaneamente cresce in altezza da 165 a 174. Viene operato e l'intervento riesce alla perfezione, ma nel postoperatorio ritorna un atteggiamento anoressico. Fa un ulteriore ciclo di NED. Dopo un totale di circa 3 mesi viene finalmente svezzato quando è alto 175 e pesa 58.4 kg.

Se noi non eliminiamo la causa che sta alla base della riduzione ponderale sperare di recuperare la situazione con un maggiore impegno da parte del paziente nel lavoro di cucchiaino è stupidamente illusorio. Questa illusione viene poi prolungata da atteggiamenti psicologici negativi: il paziente rifiuta di pesarsi, perché non vuole rendersi conto della situazione. E il tempo passa, mentre il peso continua a scendere.

Qui arriva l'ultima illusione: l'integratore. Quando Napoleone era in difficoltà faceva intervenire la cavalleria. Si dice, non so se è vero e non so neanche se davvero funzionasse. Ma per i medici in difficoltà davanti alla malnutrizione l'integratore dietetico è la cavalleria, l'asso nella manica.

L'integratore, costruito sui gusti di popoli ben differenti da quello italiano, non può essere qualcosa di risolutivo. I vantaggi sono in una composizione bilanciata e in ogni modo controllata e nella possibilità di facile assunzione ad orario. Questo permette di aumentare il numero dei pasti da 3 a 5 anche in pazienti che avrebbero difficoltà a fare un pasto snack a metà mattina e metà pomeriggio. Ma se il paziente si decidesse a mangiare un panino imbottito a metà mattina e a fare una robusta merenda l'effetto nutrizionale sarebbe anche maggiore.

L'integratore, a mio giudizio, più che altro risponde alla necessità del medico di dimostrare che sta facendo qualcosa per recuperare lo stato di nutrizione del paziente. E invece i



Figura 3: insufficienza renale in trattamento da anni con dialisi renale. Malnutrizione per grave stato depressivo. Con la NED gestita da una sorella meravigliosa recupera lo stato di nutrizione completamente, sale da 36 a 55 kg che è il suo peso ideale. Viene sottoposto a trapianto di rene e guarisce completamente. Notare sul braccio la fistola artero-venosa, ormai inutile.

risultati nutrizionali sono molto deludenti a fronte di un impegno economico che è sempre importante.

Anche in questi pazienti bisogna usare, da subito, la NE. Bisogna smettere di pensare al tubo nel naso come l'ultima spiaggia. C'è chi lo usa addirittura come uno spauracchio che deve stimolare i pazienti a mangiare di più. Che cosa stupida. In questo modo dopo l'insuccesso della terapia dietetica e degli integratori ci tagliamo via anche la possibilità della NE oppure la facciamo diventare per il paziente una specie di incubo.

I pazienti in NE aumentano di peso di 10 kg al mese e sono sottoposti all'unico limite di avere una sonda nasale ed una pompa al seguito 24 ore su 24. In genere possono assumere cibi a volontà. Devono solo trovare spazio nella loro vita per quel sondino che è più curioso che fastidioso. Ma dà la certezza di un risultato che è quasi sempre importante.

Quello che manca, ancora, è la cultura del tubo nel naso. Il primo apparecchio dentale messo ad un ragazzino con i denti storti sembrò

.....

certamente una cosa assurda, una violenza ingiustificata sul povero ragazzo che restava pure temporaneamente sfigurato da quella mostruosità. Che differenza c'è con un sondino nasale? Probabilmente il sondino è esteticamente meno evidente, e il suo significato terapeutico è sicuramente molto più importante. Quello che lo ha reso sempre così impopolare presso i pazienti è la sua vicinanza e somiglianza con i sondini di drenaggio gastrico che si usano in chirurgia: quelle sonde nasali sono collegate al concetto di una malattia grave e poi sono anche intensamente fastidiose.

Pazienti, parenti, medici, infermieri, abituati a far di tutte le erbe un fascio, hanno messo i sondini per NE nel fascio sbagliato.

Invece bisogna conquistare il concetto di un breve trattamento di 2 settimane che faccia recuperare al paziente 5 kg di peso e il corrispondente patrimonio proteico. Il sondino si tolga e si metta come fosse un occhiale, un apparecchio per i denti. E, come vedremo, il problema non sarà tanto il sondino adatto, quanto la pompa adatta.