



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-478 - SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL EN DOMICILIO PARA PACIENTES QUIRÚRGICOS: NUESTRA EXPERIENCIA CON HAD

Mias, Carmen; Bayona, Ana; Vela, Fulthon Frank; Villalobos, Rafael Noe; Rufas, María; García, Lluís; Mestres, Nuria; Escartín, Alfredo

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: El soporte nutricional parenteral (SNP) es la administración por vía endovenosa de nutrientes en pacientes que no pueden cubrir sus necesidades nutricionales por vía oral o enteral la HaD es una alternativa a la hospitalización convencional que permite ofrecer atención de rango hospitalario en el domicilio y puede realizar SNP en el domicilio.

Objetivos: Analizar la utilidad clínica de la hospitalización a domicilio (HaD) para la administración de soporte nutricional parenteral en pacientes quirúrgicos, para un servicio de cirugía general.

Métodos: Se revisan todos los pacientes quirúrgicos ingresados en HaD que han precisado algún tipo de soporte nutricional parenteral (SNP) desde el 2019, que fue cuando se protocolizó el ingreso de pacientes para NPD en HaD hasta la actualidad, para valorar su utilidad clínica. Se recogen las variables: edad, sexo, patología (médica, quirúrgica), motivo SNP (preoperatoria, complicaciones posoperatorias, no operados), tipo de SNP (nutrición parenteral, otro tipo de SNP); soporte nutricional oral (sí/no); otros requerimientos asistenciales (curas heridas, control drenajes, otras medicaciones parenterales, gestión de pruebas); fin SNP (tolerancia oral, reingreso (urgente/programado), NED, voluntad del paciente, administración ambulatoria); días ingreso HaD; estancia total en HaD. Se realiza un análisis estadístico cuantitativo descriptivo, así como cualitativo de los resultados de las variables recogidas, para conocer la utilidad de la HaD para la administración de SNP en pacientes quirúrgicos.

Resultados: Entre 2019-2024 ingresaron en HaD y precisaron algún tipo de SNP 35 pacientes, de los que el 66% fueron quirúrgicos y el 34% médicos. Un 11% eran portadores de ileostomías y un 26% tenían fistulas digestivas. El 23% estaban en dieta absoluta. El motivo del SNP fue: preoperatorio (14%), complicaciones posoperatorias (51%), no operados (34%). Por sus necesidades nutricionales y estado clínico 25 pacientes precisaron NP (total (29%) o complementaria (43%)), y 10 otros tipos de SNP (oligoelementos ev (17%), sueroterapia (11%)). El 80% de los pacientes con NP precisaron también otras medicaciones endovenosas suplementarias: sueroterapia (20%); oligoelementos (20%), somatostatina (25%), insulina (10%) o antibioterapia ev (20%). Se añadieron suplementos nutricionales orales (SNO) al 88% de los pacientes que recibieron NPc, y al 12,5% de los que recibieron otros tipos de SNP. Durante las visitas domiciliarias también se realizaron: control drenajes (31%); control sondas digestivas (20%); curas (49%), de las cuales el 36% eran complejas.

El motivo de la suspensión del SNP en HaD fue en pacientes con NP: dieta oral (40%); continuar NP ambulatoria (12%); IQ programada (16%); nutrición enteral ambulatoria (12%); voluntad del paciente (12%), o reingresos por complicaciones (8%)); y en pacientes con otra SNP por: mejoría clínica (60%), otros recursos asistenciales (40%). La estancia media en HaD fue de 14,8d, lo que permitió liberar 521 camas hospitalarias.

Conclusiones: La HaD permite la administración de cualquier tipo de SNP en pacientes quirúrgicos que lo precisen, con criterios de HaD y estables clínicamente, liberando camas hospitalarias. El SNP en HaD finaliza por: dieta oral, reingreso hospitalario (complicación, IQ programada), precisar NAD ambulatoria (NPD o NED), voluntad del paciente, o posibilidad de otros recursos asistenciales.