

Nutrición enteral: dificultades y complicaciones de su empleo

Dra. Estela Olano¹, Sra. Ana Ferradás²,
Sra. Rosario Seijas², Sra. Neldi Barrial³,
Dr. Mario Giangrosti⁴ y Dr. Hugo Bertullo⁵.

Se estudiaron 110 pacientes nutridos por vía enteral, controlados por un equipo especializado de la Unidad de Nutrición Especial (U.N.E.) del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (C.A.S.M.U.).

El grupo presentó enfermedades predominantemente médicas, con una mortalidad global de 39,0%. La topografía de la vía fue gástrica en el 95%, siendo la mezcla más usada la polimérica industrial (63,4%), nutriéndose el 40% de los casos por una semana o menos. Se demostró una reposición algo menor a lo estimado en varios casos. Se diagnosticaron complicaciones en el 30,9% de los pacientes. La incidencia de episodios de diarrea fue de 18,1%, determinando una prolongación estadísticamente significativa de la internación de los pacientes en Cuidado Intensivo, sin que existieran diferencias en el resto de los factores etiológicos estudiados. También existió una elevada incidencia de retención gástrica (18,1%) y de aspiración bronquial (2,7%), lo que se vinculó a la vía gástrica, insistiéndose en la necesidad de implementar una mayor cantidad de vías duodenales, para mejorar los resultados.

INTRODUCCION

El uso de la nutrición enteral artificial se remonta a la Edad Media (1), pero su empleo habitual data solamente de la última década (2) (3). Su evolución no ha sido igual en todo el mundo, ya que en países anglosajones predominó el uso de la vía parenteral hasta fines de dicha década, mientras que en Francia, Levy (4) desarrolló los métodos de infusión enteral continua desde el inicio de los años 70.

La obtención de mezclas de fácil manejo, adecuadas a diversas situaciones clínicas (3), más fisiológicas, productoras de escasas complicaciones graves y de menor costo, llevaron a la vía enteral a ocupar su verdadero lugar dentro del soporte nutricional.

Las primeras experiencias nacionales datan de 1976 y se realizaron por grupos multidisciplinarios. Las publicaciones de Mate (5) y, posteriormente la tesis de doctorado de uno de nosotros (6), datan de esa época.

Cuando en 1982 se organizó la U.N.E. del Departamento de Medicina Intensiva del C.A.S.M.U., el equipo multidisciplinario formado tuvo como objeto desarrollar controladamente este método de soporte en la institución. Dificultades con el material y las mezclas, determinaron una más rápida evolución de la nutrición parenteral, cuyos resultados son publicados en nuestro país y en el exterior (7) (8).

Sin embargo, a partir de 1984, esa tendencia co-

* Del departamento de Medicina Intensiva del C.A.S.M.U. (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay).
Unidad de Nutrición Especial (U.N.E.)

(1) Médico Residente de U.N.E.
(2) Nutricionista Dietista
(3) Enfermera Universitaria
(4) Médico Residente de U.N.E.
(5) Médico Jefe de U.N.E.
Grado IV de Medicina Intensiva

PALABRAS CLAVE:

Alimentación enteral

CUADRO I
Agrupación diagnóstica de la muestra

No. Pacientes	Diagnóstico Principal	No. Pacientes	Diagnóstico Complementario
18	Politraumatismo	7	NQ
22	Neurológicos	9	AVE
39	Quirúrgicos	4	PCR
13	Médicos	2	MTIS
10	Sépticos	20	B
3	Quemados 30%	6	I. RESP.
2	Anorexia nerviosa	2	BK
3	Miscelánea	1	TET
110 TOTAL		74 TOTAL	

NQ: Neuroquirúrgicos; AVE: Accidente vascular encefálico; PCR: paro cardiorrespiratorio (con agravio encefálico); MTIS: meningitis; B: no oncológico; M: oncológico; NA: neumopatía aguda; I. RESP: insuficiencia respiratoria; TET: tétanos

mienza a revertirse y ambas vías pueden ser empleadas adecuadamente. La actual comunicación revisa los logros y dificultades de la nutrición enteral artificial en el C.A.S.M.U.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio incluye 110 pacientes nutridos en forma enteral predominante, en la U.N.E. del C.A.S.M.U. en un lapso de 3 años, entre agosto de 1982 y 1985.

La población corresponde a 65 hombres (59%) y 45 mujeres (41%), los que recibieron tratamiento de su afección en 81 casos (74%) en Cuidado Intensivo (UCI) y en 29 casos (26%) en Cuidados Moderados (CM).

El rango de edades fue de 4 a 86 años, con un promedio de edad de 55 años.

La agrupación diagnóstica se expone en el Cuadro I. Debido a la heterogeneidad de patologías, se realizó en grupos de comportamiento similar de acuerdo a sus problemas nutricionales. La mortalidad fue 43/110 (39%).

Los pacientes fueron alimentados por sonda de PVC y en algunos casos de elastómeros de siliconas. Su colocación se realizó mediante procedimientos médicos en casos de las vías oro y nasogástricas y por procedimientos quirúrgicos en gastro y yeyunostomías.

La topografía de las mismas fue:

Sonda orogástrica	=	1 caso	=	0,9%
Sonda nasogástrica	=	105 casos	=	95,5%
Sonda de gastrostomía	=	1 casos	=	0,9%
Sonda de yeyunostomía	=	3 casos	=	2,7%

La progresión calórica se realizó en 5 días para llegar

a 1500 calorías, incrementando primero la concentración y luego el volumen.

Las mezclas nutritivas empleadas tuvieron una relación nitrógeno/calorías no nitrogenadas de 1 a 150, o sea 6 g de N/1000 Cal.

Su distribución según el tipo de mezcla fue la siguiente:

Industrializadas poliméricas	=	70 casos	=	63,4%
Artesanales poliméricas	=	30 casos	=	27,2%
Industrializadas elementales	=	8 casos	=	7,2%
Industrializadas poliméricas antidiarreicas	=	2 casos	=	1,8%

La duración del tratamiento estimada por la media ponderada fue de 12 días, con un rango de 1 a 56 días, discriminados de la siguiente manera:

Menor a 1 semana	=	44 pacientes	=	40,0%
De 1 a 2	"	= 36 "	=	33,7%
De 2 a 3	"	= 13 "	=	11,8%
De 3 a 4	"	= 5 "	=	4,5%
Mayor a 4	"	= 12 "	=	11,0%

En el inicio de la Unidad, la administración de las mezclas se hizo en forma fraccionada y por bolo, en envases abiertos, por no existir otros en el medio.

Con la obtención de envases plásticos esterilizados

CUADRO II
Aporte calórico administrado

Aporte calórico	Número casos	Porcentaje
hasta 1000 Cal	58	52,7%
1001 a 2000 Cal	45	40,9%
2001 a 3000 Cal	7	6,3%

