



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

La nutrición enteral hospitalaria y el difícil equilibrio entre beneficios y riesgos

Enteral nutrition in the hospital and the difficult balance between risks and benefits

La nutrición enteral es una opción terapéutica muy efectiva, pero cuando se evalúa su utilidad en el paciente de edad avanzada con demencia, ictus y pluripatología ha mostrado poco o ningún beneficio^{1,2}. En este número de REV CLIN ESP, Marco J et al. revisan las características y evolución de una serie muy extensa de pacientes dados de alta en servicios de Medicina Interna españoles a quienes se instauró alimentación enteral mediante sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (GP)³. Se trata de un trabajo en el que se revisan, a partir del Conjunto mínimo Básico de Datos, más de 2 millones y medio de altas, identificando a 26.066 pacientes con SNG o GP³. Entre los datos más relevantes del estudio cabe destacar la elevada complejidad diagnóstica con una mortalidad del 25% y un índice de reingresos muy elevado. El gran número de individuos incluidos en el estudio permite reflejar de manera fidedigna la realidad de estos pacientes hospitalizados, muchos de los cuales padecen disfagia, motivo por el que requieren nutrición enteral. Muchos autores ya han cuestionado la utilidad de la nutrición enteral en estos casos⁴, y el presente trabajo y los resultados que ofrece en cuanto a la evolución de estos enfermos, nos invita a plantearnos seriamente cuáles deberían ser sus verdaderas indicaciones.

Por desgracia, dada la naturaleza de la recogida de datos, no es posible establecer una relación temporal, y, por tanto, causal entre la colocación del dispositivo de nutrición enteral y la aparición de complicaciones secundarias al mismo. Cabe señalar, no obstante, que revisiones previas recogen datos de neumonía aspirativa similares o incluso mayores en pacientes que requieren el uso de soporte nutricional enteral durante su hospitalización⁵⁻⁷. En este trabajo no se especifica el tipo de gastrostomía que ha requerido cada paciente, dados los diferentes porcentajes de complicaciones reportados para la gastrostomía radiológica percutánea⁸ y para la gastrostomía endoscópica percutánea^{9,10}.

El diagnóstico de aspiración es tan complejo que incluso se han realizado algunas pruebas diagnósticas complejas como la medición de glucosa en aspirados o el uso de colorantes en la nutrición enteral⁵. En teoría, la SNG puede alterar la función normal de los esfínteres esofágicos y provocar aspiración, aunque esta seguramente no sería la causa principal. La evolución viene dada por el deterioro de los mecanismos deglutorios y de los reflejos laríngeos y faríngeos. Pero más allá de la aparición de broncoaspiración o neumonías aspirativas, lo que consigue este trabajo es promover un análisis crítico de nuestra práctica clínica diaria y la necesidad o no de instaurar nutrición artificial. No debemos solo centrarnos en las posibles complicaciones sino también valorar si el enfermo obtendrá un beneficio real tras su colocación¹¹. Entre las limitaciones del estudio, hubiera sido interesante disponer del porcentaje de pacientes con disfagia incluidos en el estudio, aunque su presencia no suele reflejarse en los informes de alta (CIE-9:787.2 y 438.82), en gran medida porque no se estudia ni se diagnostica de forma rutinaria, y menos en la población ingresada^{12,13}.

Mantener la alimentación oral en este tipo de pacientes requiere mucha dedicación por parte del personal sanitario y para los familiares es muy exigente, pero puede ser más efectiva y segura que la nutrición enteral domiciliaria¹. No es infrecuente que en la práctica clínica diaria nos encontremos un paciente con demencia avanzada al que se le intenta colocar una sonda nasogástrica por tercera vez, tras sucesivos arrancamientos. Es importante reflexionar sobre el beneficio que estamos intentando procurar con este procedimiento.

Entonces, ¿por qué la nutrición enteral en estos pacientes? En muchas ocasiones, la indicación se apoya en la duda de si se está incurriendo en un «abandono terapéutico» al no ofrecer un soporte nutricional enteral¹. Además, la presión del entorno familiar es, en ocasiones, difícilmente superable. También es cierto que nuestras

expectativas sobre la contribución de la nutrición enteral a la mejoría del paciente son, quizás, demasiado optimistas¹².

Debemos, en consecuencia, realizar una selección muy adecuada del paciente que puede beneficiarse de estos dispositivos, teniendo en cuenta que la nutrición enteral no prolongará su supervivencia y ocasionará un aumento de los costes¹² y posibles efectos secundarios no desdeñables³. Todo ello obliga a considerar si estos procedimientos deben calificarse de «invasivos», a semejanza de la toracocentesis, nefrostomía, drenaje peritoneal, etc.¹³. Parece necesario promover la elaboración de protocolos con las consideraciones éticas que conlleva. Mientras tanto, es prioritario disponer de pautas de administración de nutrición enteral estandarizadas, utilizar materiales de infusión adecuados (bombas de infusión, sondas del calibre adecuado, etc.) y formar al personal sanitario en la prevención de posibles complicaciones, incluyendo las medidas posturales (elevación de cabecera de la cama, inclinación de la cabeza, etc.)¹⁴. Contar con expertos en nutrición facilitará mucho este proceso.

Agradecimiento

A Bruno Francisco García Bray, residente de tercer año de Endocrinología y Nutrición por su colaboración.

Bibliografía

Bibliografía

- Freeman C, Ricevuto A, DeLegge MH. Enteral nutrition in patients with dementia and stroke. *Curr Opin Gastroenterol*. 2010;26:156–9.
- Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral Tube Feeding for Older People with Advanced Dementia. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ed. The Cochrane Collaboration and Elizabeth L Sampson (Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2009). [Consultado Feb 2013]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007209.pub2>
- Marco J, Barba R, Lázaro M, Matía P, Plaza S, Canora J, et al. Complicaciones broncopulmonares asociadas a dispositivos de nutrición enteral en pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2013.
- Meier DE, Ahronheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison RS. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: Lack of benefit of tube feeding. *Arch Intern Med*. 2001;161:94–9.
- Opilla M. Aspiration Risk and Enteral Feeding: A Clinical Approach. *Practical Gastroenterology*. 2003;89–96.
- Dziewas R, Ritter M, Schilling M, Konrad C, Oelenberg S, Nabavi DG, et al. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J Neurol Neurosurg Psych*. 2004;75:852–6.
- Gomes GF, Pisani JC, Macedo ED, Campos AC. The nasogastric feeding tube as a risk factor for aspiration and aspiration pneumonia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2003;6:327–33.
- Perona F, Castellazzi G, de Iuliis A, Rizzo L. Percutaneous radiologic gastrostomy: a 12-year series. *Gut Liver*. 2010;4 Suppl. 1:S44–9.
- Gomes Jr CA, Lustosa SA, Matos D, Andriolo RB, Waisberg DR, Waisberg J. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. En: *The Cochrane Collaboration*, Gomes Jr CA, editors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [citado 13 Ene 2013]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008096>
- Park RH, Allison MC, Lang J, Spence E, Morris AJ, Danesh BJ, et al. Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. *BMJ*. 1992;304:1406–9.
- de Luis Román D, Aller de la Fuente R, Cuéllar Olmedo LA, Terroba MC, Izaola Jáuregui O, de Luis Román J, et al. Enteral nutrition; direct costs in a tertiary care hospital. *Rev Clin Esp*. 2004;204:98–100.
- Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutr Clin Med*. 2007;3:174–202.
- Plaza S, Barba R, Zapatero A, Losa JE, Canora J, Marco J. Procedimientos invasivos en pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna españoles. *Rev Clin Esp*. 2012;212:513–9.
- Dennis M, Lewis S, Cranswick G, Forbes J, FOOD Trial Collaboration. FOOD: a multicentre randomised trial evaluating feeding policies in patients admitted to hospital with a recent stroke. *Health Technol Assess*. 2006;10, iii–iv, ix–x, 1–120.

C. Gómez-Candela

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación La Paz (IdiPAZ), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España
Correo electrónico: cgcandela@salud.madrid.org.