

Páncreas y vía biliar

¿Nutrición parenteral, enteral nasogástrica o enteral nasoyeyunal en la pancreatitis aguda grave?

Antonio López

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Dr. Peset. Valencia. España.

ANTECEDENTES

El estado hipercatabólico característico de las enfermedades graves puede empeorar la evolución de los pacientes. En ello se basa la recomendación de asociar soporte nutricional al tratamiento habitual de la pancreatitis aguda (PA) grave. Además, en las enfermedades graves, comparado con la nutrición parenteral (NP), la nutrición por vía enteral se asocia a un mejor desenlace clínico, por lo que distintos autores han utilizado esta vía para mejorar el estado nutricional de los pacientes con PA grave.

DISCUSIÓN

En la pancreatitis aguda leve, el deterioro del estado nutricional es mínimo, por lo que no es beneficioso prescribir NP en estos casos¹. Sin embargo, debido a que en la pancreatitis aguda grave el estado hipercatabólico existente puede empeorar el estado nutricional² y la evolución de los pacientes, parece justificado asociar soporte nutricional al tratamiento básico. Clásicamente, se consideraba que la nutrición enteral (NE) empeoraría el proceso de autodigestión pancreática al estimular la secreción pancreática exocrina³, por lo que en la pancreatitis aguda sólo se recomendaba NP, aunque es escasa la evidencia científica que apoye su efecto beneficioso. Por otra parte, la NP genera complicaciones debidas a la sobrealimentación o a sepsis originadas desde el catéter de alimentación⁴. En pacientes en estado crítico por otros procesos, la NE se asocia a una mejor evolución clínica, con menos complicaciones sépticas que con la NP^{5,6}. La pancreatitis aguda

provoca un aumento de la permeabilidad intestinal, punto de origen de la sepsis en esta enfermedad⁷. Así, la NE reduce la translocación bacteriana y el riesgo de infección pancreática⁸⁻¹⁰.

Datos recientes sugieren que la NE es posible en el contexto de la pancreatitis aguda. Hay publicados 3 metaanálisis y un estudio posterior, con un total de 8 estudios prospectivos controlados y aleatorizados (EPCA) que incluyen 341 pacientes con pancreatitis aguda, en los que se evalúa la NP frente a la NE¹¹⁻¹⁴. En el metaanálisis más reciente de McClave et al¹³ el cual analiza 7 EPCA con un total de 291 pacientes, la NE se asocia a una reducción en las complicaciones infecciosas y a una menor estancia hospitalaria. Aunque sin diferencias estadísticamente significativas, la NE presentó una menor incidencia de fallo orgánico y una menor necesidad de intervenciones quirúrgicas en los pacientes con NE. No hubo diferencias entre ambos tratamientos en cuanto a mortalidad. La NE se asocia a un mejor control de los factores asociados a la respuesta al estrés¹⁴⁻¹⁸. Además, algunos estudios^{15,19}, aunque no otros^{18,20}, demuestran que la NE acorta el tiempo hasta el reinicio de la dieta oral comparado con la NP, con lo que se reduce el tiempo de recuperación y los costes¹³.

A pesar de los resultados anteriores, la NE no ha resultado ventajosa respecto a la NP en 2 estudios posteriores^{14,21}. Por otra parte, parece ser una estrategia favorable la combinación de NE y NP de forma individualizada según el estado nutricional de los pacientes²², aunque se requieren más estudios que la apoyen.

Respecto al momento de inicio de la nutrición en la pancreatitis aguda, la NE iniciada a las 48 h del ingreso se relaciona con menos infecciones y una resolución más rápida de la pancreatitis aguda respecto a la NP en 6 de 8 EPCA^{14-17,19,20,23}, además de que el inicio temprano de la NE reduce la incidencia de íleo y de retención gástrica^{24,25}. Por el contrario, tras la aleatorización después de 4 días de hospitalización, la NE no presenta ventajas frente a la NP¹⁸.

Correspondencia: Dr. F. Balaguer.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic. CIBERehd.
Villarreal, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: fprunes@clinic.ub.es

Recibido el 24-4-2008; aceptado para su publicación el 21-5-2008.

En la mayoría de los EPCA publicados, la infusión de la NE se realizó por sonda nasoyeyunal, con una tolerancia a la NE muy variable. Recientemente se han publicado 2 estudios^{14,25} que incluyen 100 pacientes, en los que se ha comprobado una tolerancia similar de la NE con sonda, tanto nasogástrica como nasoyeyunal, sin diferencias en cuanto a la puntuación APACHE-II, valores sanguíneos de proteína C reactiva, puntuación en la escala de dolor, necesidades de analgesia o mortalidad. También parece tolerable y efectiva la NE por vía oral,^{26,27} aunque se recomienda la NE nasoyeyunal en los pacientes con dolor abdominal prolongado o con elevada puntuación de Balthazar en la tomografía computarizada, para así evitar la recidiva del dolor²⁶.

RESPUESTA

Los pacientes con pancreatitis aguda grave deben recibir tratamiento de soporte nutricional preferiblemente por vía enteral (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1a). Ésta debe iniciarse dentro de las primeras 48 h desde el ingreso hospitalario (grado de recomendación B; nivel de evidencia 2b). Aunque la NE por vía nasoyeyunal ha sido la más empleada, la vía nasogástrica e incluso la vía oral pueden ser bien toleradas (grado de recomendación B; nivel de evidencia 2b). La NP debe reservarse para casos de intolerancia a la NE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sax HC, Warner BW, Talamini MA, Hamilton FN, Bell RH, Fischer JE, et al. Early total parenteral nutrition in acute pancreatitis: lack of beneficial effects. *Am J Surg.* 1987;153:117-24.
2. Sitzmann JV, Steinborn PA, Zinner MJ, Cameron JL. Total parenteral nutrition and alternate energy substrates in treatment of severe acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet.* 1989;168:311-7.
3. Cassim MM, Allardyce DB. Pancreatic secretion in response to jejunal feeding of elemental diet. *Ann Surg.* 1974;180:228-31.
4. Nordenström J, Thorne A. Benefits and complications of parenteral nutritional support. *Eur J Clin Nutr.* 1994;48:531-7.
5. Trice S, Melnik G, Page CP. Complications and costs of early postoperative parenteral versus enteral nutrition in trauma patients. *Nutr Clin Pract.* 1997;12:114-9.
6. Heyland DK, Novak F, Drover JW, Jain M, Su X, Suchner U. Should immunonutrition become routine in critically ill patients? A systematic review of the evidence. *JAMA.* 2001;286:944-53.
7. McNaught CE, Woodcock NP, Mitchell CJ, Rowley G, Johnstone D, Macfie J. Gastric colonization, intestinal permeability and septic morbidity in acute pancreatitis. *Pancreatol.* 2002;2:463-8.
8. Kotani J, Usami M, Nomura H, Iso A, Kasahara H, Kuroda Y, et al. Enteral nutrition prevents bacterial translocation but does not improve survival during acute pancreatitis. *Arch Surg.* 1999;134:287-92.
9. Buchman AL, Moukarzel AA, Bhuta S, Belle M, Ament ME, Eckhart CD, et al. Parenteral nutrition is associated with intestinal morphologic and functional changes in humans. *J Parenter Enteral Nutr.* 1995;19:453-60.
10. Hallay J, Kovács G, Szatmári K, Bakó A, Szentkereszty Z, Lakos G, et al. Early jejunal nutrition and changes in the immunological parameters of patients with acute pancreatitis. *Hepato-gastroenterology.* 2001;48:1488-92.
11. Al-Omran M, Groof A, Wilke D. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;CD002837.
12. Marik PE, Zaloga GP. Meta-analysis of parenteral versus enteral nutrition in patients with acute pancreatitis. *BMJ.* 2004;328:1407-12.
13. McClave SA, Chang WK, Dhaliwal R, Heyland DK. Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the literature. *J Parenter Enteral Nutr.* 2006;30:143-56.
14. Eckerwall GE, Axelsson JB, Andersson RG. Early nasogastric feeding in predicted severe acute pancreatitis: a clinical randomized study. *Ann Surg.* 2006;244:959-65.
15. Abou-Assi S, Craig K, O'Keefe SJ. Hypocaloric jejunal feeding is better than total parenteral nutrition in acute pancreatitis: results of a randomized comparative study. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:2255-62.
16. McClave SA, Greene LM, Snider HL, Makk LJ, Cheadle WG, Owens NA, et al. Comparison of the safety of early enteral vs parenteral nutrition in mild acute pancreatitis. *J Parenter Enteral Nutr.* 1997;21:14-20.
17. Windsor AC, Kanwar S, Li AG, Barnes E, Guthrie JA, Spark JJ, et al. Compared with parenteral nutrition, enteral feeding attenuates the acute phase response and improves disease severity in acute pancreatitis. *Gut.* 1998;42:431-5.
18. Louie BE, Noseworthy T, Hailey D, Gramlich LM, Jacobs P, Warnock GL. 2004 MacLean-Mueller prize enteral or parenteral nutrition for severe pancreatitis: a randomized controlled trial and health technology assessment. *Can J Surg.* 2005;48:298-306.
19. Gupta R, Patel K, Calder PC, Yaqoob P, Primrose JN, Johnson CD. A randomised clinical trial to assess the effect of total enteral and total parenteral nutritional support on metabolic, inflammatory and oxidative markers in patients with predicted severe acute pancreatitis (APACHE II \geq 6). *Pancreatol.* 2003;3:406-13.
20. Kalfarentzos F, Kehagias J, Mead N, Kokkinis K, Gogos CA. Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis: results of a randomized prospective trial. *Br J Surg.* 1997;84:1665-9.
21. Casas M, Mora J, Fort E, Aracil C, Busquets D, Galter S, et al. Nutrición enteral total frente a nutrición parenteral total en pacientes con pancreatitis aguda grave. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:264-9.
22. Sun B, Gao Y, Xu J, Zhon XL, Zhon ZO, Lin C, et al. Role of individually staged nutritional support in the management of severe acute pancreatitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2004;3:458-63.
23. Olah A, Pardavi G, Belagyi T, Nagy A, Issekutz A, Mohamed GE. Early nasojejunal feeding in acute pancreatitis is associated with a lower complication rate. *Nutrition.* 2002;18:259-62.
24. Eatock FC, Brombacher GD, Steven A, Imrie CW, McKay CJ, Carter R. Nasogastric feeding in severe acute pancreatitis may be practical and safe. *Int J Pancreatol.* 2000;28:23-9.
25. Eatock FC, Chong P, Menezes N, Munay L, McKay CJ, Carter CR, et al. A randomized study of early nasogastric versus nasojejunal feeding in severe acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:432-9.
26. Pandey SK, Ahuja V, Joshi YK, Sharma MP. A randomized trial of oral refeeding compared with jejunal tube refeeding in acute pancreatitis. *Indian J Gastroent.* 2004;23:53-61.
27. Pūpelis G, Snippe K, Plaudis H, Rudakovska M. Early oral feeding in acute pancreatitis: an alternative approach to tube feeding. Preliminary report. *Acta Chir Belg.* 2006;106:181-6.