



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTA AL DIRECTOR

Nutrición enteral precoz en la unidad de cuidados intensivos, una asignatura pendiente

Early enteral nutrition in the intensive care unit, pending subject

Sr. Director:

La nutrición enteral (NE) administrada de forma precoz, es decir, en las primeras 24-48 h, tal como lo definen las guías prácticas canadienses publicadas en 2003 para el soporte nutricional en los pacientes adultos en estado crítico y en ventilación mecánica¹, se relaciona con una disminución de la mortalidad y de las complicaciones infecciosas, aunque no se ha demostrado que influya en la duración de la estancia hospitalaria. La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) definió una serie de indicadores de calidad encaminados a la evaluación del nivel de atención a los pacientes². Uno de estos indicadores, señalado como relevante, es la administración de NE precoz en las primeras 24 h desde la indicación de NE; se define como el porcentaje de pacientes con NE precoz, entre todos los pacientes que reciben soporte enteral, es decir, todos aquéllos en los que no es posible una dieta oral completa y no esté contraindicada la vía enteral; el estándar recomendado es del 100%.

El objetivo de nuestro estudio era analizar este indicador de calidad, es decir, el porcentaje de pacientes con indicación de NE que la recibieron en las 24 h de su indicación. Para ello se llevó a cabo un estudio prospectivo de cohortes durante un mes en una UCI de un hospital terciario, donde cada médico encargado del paciente lleva a cabo la prescripción de la nutrición. Se incluyó, consecutivamente y de forma prospectiva a todos los pacientes a los que se les prescribía NE. Se recogieron datos como edad, sexo, APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), tipo de paciente, inicio de NET precoz, estancia en la UCI y estancia hospitalaria, infecciones nosocomiales adquiridas en la UCI y mortalidad.

Durante el período de estudio, 29 pacientes recibieron NE, de los cuales 18 (62,06%) la recibieron de forma precoz, es decir, en las primeras 24 h de la indicación de ésta. Cuando comparamos ambos grupos, encontramos diferencias estadísticamente signi-

ficativas en la estancia (36,8 versus 47,7 días) y en la mortalidad hospitalaria (16,6 versus 54,5%) a favor de los que recibieron la NET de forma precoz, sin encontrar diferencias en la incidencia de neumonía nosocomial en ambos grupos.

En nuestros resultados se observa una importante diferencia con el estándar de calidad recomendado por la SEMICYUC (el 62 versus el 100%). La limitación del presente trabajo es el pequeño tamaño muestral, lo que impide extraer otras conclusiones.

La adherencia a esta recomendación de inicio de NE precoz se ha analizado en la literatura médica, donde se puede apreciar que las UCI que iniciaban precozmente la NE en más del 50% de sus pacientes tenían una mayor adecuación del uso de la NE que aquellos que no lo hacían³, e incluso existen estudios que no encuentran las razones por las que no se cumplen las recomendaciones⁴.

De todas formas, parece que las campañas de divulgación entre el personal de las guías de recomendación del aporte de NE, aunque pueden mejorar ciertas prácticas del uso de éstas, no van a acompañarse de una mejoría paralela en el pronóstico de los pacientes⁵. El uso de la NE precoz es una decisión clínica que debe tomarse de forma individualizada en cada paciente teniendo en cuenta el coste-beneficio de ésta; su empleo debe formar parte de una estrategia terapéutica que minimice las complicaciones, como la neumonía nosocomial, y mantenga la efectividad de la nutrición disminuyendo la incidencia de infecciones nosocomiales⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P, Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2003;27:355-73.
2. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. [Citado 12 May 2009]. Disponible en: <http://www.calidad.semicyuc.org>.
3. Heyland DK, Dhaliwal R, Day A, Jain M, Drover J. Validation of the Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients: Results of a prospective observational study. *Crit Care Med.* 2004;32:2260-6.

4. Miller CA, Grossman S, Hindley E, MacGarvie D, Madill J. Are enterally fed ICU patients meeting clinical practice guidelines? *Nutr Clin Pract*. 2008;23:642–50.
5. Jain MK, Heyland D, Dhaliwal R, Day AG, Drover J, Keefe L, et al. Dissemination of the Canadian clinical practice guidelines for nutrition support: Results of a cluster randomized controlled trial. *Crit Care Med*. 2006;34:2362–9.
6. García Vila B, Grau T. La nutrición enteral precoz en el enfermo grave. *Nutr Hosp*. 2005;20:93–100.

L. Santana Cabrera*, M. Sánchez-Palacios, C. Rodríguez Guedes y E. Hernández Medina

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org (L. Santana Cabrera).