

NUTRICION ENTERAL AMBULATORIA, Primera Experiencia Presentada en Venezuela (4 casos)

Dra. Eva Essinfeld de Sekler *

Dr. Jorge Bastidas Castillo **

INTRODUCCION

Los pacientes que pueden ser considerados para nutrición enteral incluyen un amplio espectro de casos con tracto gastrointestinal relativamente intacto, así como grupos de pacientes con anomalías anatómicas o funcionales del intestino. Según Randall (5), pueden dividirse en cinco grupos:

- 1 Pacientes con un tracto gastrointestinal intacto que no quieren o no pueden comer lo suficiente para mantener su nutrición, o restituir la masa celular corporal y su función cuando ya están desnutridos. Este grupo incluye pacientes con lesión cerebral, depleción severa, senilidad, caquexia cardíaca y pulmonar, cáncer, quemaduras, trauma músculo-esquelético importante, post-resucitación y cirugía definitiva, y pacientes sometidos a radioterapia que no comprometa el tracto gastrointestinal.
- 2 Pacientes con dificultad para el acceso al tracto gastrointestinal, pero que conservan una capacidad digestiva y absorptiva adecuada. En este grupo están los pacientes con lesión facial o maxilar, cáncer de la boca, de la hipofaringe o del esófago, trastornos de la deglución y obstrucción benigna del intestino superior.
- 3 Pacientes con anomalías anatómicas o funcionales del tracto gastrointestinal, que incluyen: enfermedad intestinal neonatal, obstrucción intestinal incompleta y crónica, vaciamiento gástrico retardado, fístulas gastrointestinales cutáneas, síndrome de asa corta, pancreatitis y enfermedad inflamatoria crónica del intestino grueso.
- 4 Pacientes con anormalidades metabólicas de la función intestinal incluyendo malabsorción, múltiples alergias alimentarias, enteritis actínica, enteritis por quimioterapia, y síndrome de asa ciega.

* Médico Especialista II, Departamento de Medicina Interna HGO (Los Magallanes y Centro Médico de Caracas.

** Médico Especialista I, Departamento de Medicina Interna HGO (Los Magallanes y Centro Médico de Caracas.

- 5 Pacientes con estados hipermetabólicos, quemaduras, trauma importante, sepsis, cirugía abdominal o torácica importante; en estos casos se usa frecuentemente junto con NPT para proveer una alta ingesta proteica y calórica.

La variedad de productos y equipos disponibles actualmente, hace que la nutrición enteral ambulatoria sea una alternativa viable en una serie de pacientes cuya única razón para permanecer hospitalizados es la desnutrición que presentan y la necesidad de corregirla.

A pesar de ello, esta modalidad de soporte nutricional no es vista por muchos médicos como una opción realista, aún cuando permite nutrir al paciente en su medio familiar, con una mejor calidad de vida, libre de las presiones y la ansiedad que en él despierta la comida, y sin duda a un costo mucho menor que el que representaría continuar en el hospital, o el riesgo envuelto en la nutrición parenteral.

Todas estas fueron razones que nos motivaron a intentar el mantenimiento de un soporte enteral ambulatorio en algunos de nuestros pacientes con indicación para ello, y que además su medio familiar fuese adecuado para mantenerlo. A continuación se resumen los casos presentados.

Caso No. 1

Paciente T. S. masculino de 85 años de edad, abogado, quien ingresa el 30-3-83 por presentar hemorragia digestiva superior y shock. Sus antecedentes más importantes eran infarto del miocardio 6 años antes y ACV trombótico en territorio de la cerebral media izquierda 2 meses previos a su ingreso. Al examen físico se encontró un paciente caquéctico, consciente, afásico y con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Fue transfundido con 2500 cc de sangre, se le practicó endoscopia digestiva superior, evidenciándose angiodisplasia y ulcus duodenal, ambos sangrantes en forma importante. Se practicó electrocoagulación de las lesiones, con lo cual se logró detener el sangramiento. Además se constató bronconeumonía por aspiración y recibió tratamiento médico. Una vez estabilizado hemodinámicamente se comenzó nutrición parenteral con grasas y aminoácidos, la cual se mantuvo por siete días. Al décimo día se inició esquema de nutrición enteral, con una fórmula basada en proteínas de soya (Isomil) diluida en 1500 cc de agua, la cual aportaba 1750 calorías en 24 horas. El paciente egresó del hospital y continuó recibiendo soporte nutricional enteral con buena respuesta nutricional, pero tuvo 2 episodios de bronconeumonía, los cuales fueron tratados en su hogar sin omitir la nutrición enteral. Tres meses después de su egreso presenta nueva hematemesis masiva y fallece.

Caso No. 2

J. M. M., paciente masculino de 76 años de edad, quien es visto en consulta externa en Julio de 1983 por pérdida de peso importante y dificultad para deglutir. En vista de ser portador de Esclerosis lateral amiotrófica con deterioro progresivo de su función muscular, incluyendo hipofaringe, se le indicó nutrición enteral en forma cíclica (nocturna) con excelente respuesta por 4 meses, cuando es hospitalizado por bronconeumonía. Se le retiró tem-

poralmente la sonda nasoyeyunal, y una vez tratada su infección respiratoria, se reinició y egresó a su domicilio, donde estuvo en buenas condiciones y deambulando durante dos meses más, al cabo de los cuales su locomoción se hizo imposible por atrofia muscular generalizada. Siete meses después de comenzar soporte nutricional muere por parálisis bulbar.

Caso No. 3

B. G. B., paciente femenina de 43 años de edad, a quien se le hizo en Septiembre de 1982 el diagnóstico de Carcinoma de ovario con metástasis peritoneales. En esa oportunidad solo se practicó laparatomía exploradora y se consideró un caso terminal. Sin embargo, fue vista en consulta por otro oncólogo quien la reevaluó, y propuso histerectomía total y extirpación de masas peritoneales para posterior quimioterapia, pero pidió interconsulta nutricional por las pésimas condiciones de la enferma. Así es vista por nosotros, encontrándose cuadro de caquexia neoplásica, y en vista de la posibilidad de paliación propuesta, se le indica nutrición parenteral total durante 15 días, al cabo de los cuales se le practicó la operación con excelente tolerancia y con un postoperatorio totalmente exento de complicaciones. Un mes más tarde es vista en consulta externa por anorexia, náuseas y pérdida de peso, posteriores a su primer ciclo de quimioterapia, por lo cual se comienza nutrición a través de sonda nasoyeyunal, recibiendo 3000 calorías/día. Su respuesta nutricional fue muy buena y la ascitis cedió con la quimioterapia conjunta. Se le había indicado la nutrición durante 18 horas de cada día, con el objeto de que pudiera desempeñar sus labores habituales, pero, a pesar de que desde el punto de vista orgánico esto era perfectamente factible, la alopecia producida por la quimioterapia, aunada a una importante intolerancia psíquica a la implicación estética de la sonda, le provocaron una depresión importante, que fue tratada con apoyo psicoterapéutico y psicofarmacológico. A los 6 meses de estar recibiendo esta modalidad de soporte, la paciente decidió interrumpirla y probar dieta oral. Fuimos informados por los familiares que la paciente falleció a los 45 días por un cuadro compatible con caquexia severa.

Caso No. 4

K. F., es una paciente femenina de 76 años, con importantes antecedentes patológicos resumidos así: Diabetes insípida con síndrome de silla turca vacía y tratada con inhalaciones de vasopresina desde 15 años antes, artritis reumatoidea con deformidad leve, hipertensión arterial leve y en el último año, aparición de diabetes mellitus tipo II.

El 5-8-82 presentó un accidente cerebrovascular en territorio de cerebral media izquierda con compromiso de 9º y 10º pares craneales, traducidos en una hemiestafiloplejia y dificultad para la deglución. Se instauró nutrición enteral a través de sonda nasoyeyunal, calculando sus requerimientos calóricos en 1800 calorías/día, provenientes de una fórmula comercial basada en soya diluída en 1500 cc de agua para 24 horas, y es mantenida así durante 2 meses en su hogar. Se ingresa en esa fecha por sepsis de punto de partida pulmonar, que incluso cursó con microabcesos hepáticos. Esta infección pulmonar fue consecuencia de un intento por parte de los familiares de darle

dieta oral, lo cual produjo una broncoaspiración. Se omitió la nutrición enteral por 10 días, mientras se trató su sepsis, al término de los cuales se reinició nutrición enteral y se egresó. La hemos seguido controlando en su hogar, y dos años más tarde se encuentra en buenas condiciones nutricionales, no ha vuelto a tener hiperglicemia, y recibe nutrición clínica diurna. Camina con ayuda y la familia maneja perfectamente el soporte nutricional, con excepción de los cambios de sonda, que son realizados por nosotros cada 3-4 semanas.

En los 4 casos presentados, los cambios de sonda se realizaron cada 21 a 30 días, y se usó sonda de Dobbhoff, regulando el volumen de infusión de la fórmula con una bomba peristáltica. La fórmula administrada fue Isomil en concentraciones variables, de acuerdo a los requerimientos de cada paciente, comenzando con un volumen de 50 cc/hora durante los dos primeros días y aumentando 25 cc/h/día hasta llegar a un máximo de 125 cc/hora. Los pacientes JMM y KF recibieron una serie de medicamentos a través de la sonda de nutrición sin que esto constituyera un problema, ya que se le recomendó a los familiares que la sonda se mantuviera permeable con la inyección de agua después de la administración de las drogas.

DISCUSION

La nutrición parenteral ambulatoria comenzó a ser empleada desde 1969, tomando la idea de los pacientes que estaban bajo diálisis peritoneal ambulatoria. Se comenzó modificando los catéteres para uso peritoneal, hasta llegar a perfeccionar los que están actualmente en uso, como el catéter de Hickman (6). Esta modalidad de soporte nutricional ha sido aceptada y empleada ampliamente. a diferencia de la nutrición enteral ambulatoria, la cual sin duda alguna ha sido sub-utilizada. Al paciente se le ofrecen generalmente suplementos especiales o dietas terapéuticas, y si estas no son exitosas, se convierte en candidato para nutrición parenteral, olvidando la alternativa enteral.

En todo paciente candidato para soporte nutricional ambulatorio deberían seguirse los siguientes pasos: en primer lugar la nutricionista debe intentar mejorar el sabor de las fórmulas disponibles con el objeto de estimular la ingesta oral de ellas. Si esto no es posible, se motivará al paciente para aceptar la colocación de uno de los tubos diseñados actualmente para este tipo de soporte nutricional (3). La nutrición enteral a través de sondas nasogástricas o nasoyeyunales requiere de la cooperación de un equipo de apoyo que persuada al paciente consciente, de la conveniencia que para él implica esta forma de alimentación. La hospitalización solo para nutrición enteral es costosa, y consume tiempo del paciente, de su familia y del personal hospitalario, mientras que si el procedimiento se hace en su hogar se evitan estos inconvenientes, contribuyendo además a su bienestar psicológico (2).

Cuando se inicia este soporte nutricional, deberá establecerse una estrecha relación entre el equipo nutricional y el grupo familiar, con el objeto de impartir una enseñanza adecuada acerca del manejo de los diferentes componentes del equipo a utilizar, así como el volumen y secuencia de la fórmula a infundir. Esto no es tan difícil si la nutrición enteral se inicia intrahospitalariamente, pero constituye un reto cuando se inicia ambulatoriamente. En estos pacientes es generalmente recomendable la nutrición

cíclica nocturna, con la finalidad de que el paciente y/o quien de él se ocupe dispongan de suficientes horas libres. Cuando este horario sea recomendado, la cabeza y los hombros deben ser elevados a un ángulo de 30° (1).

CONCLUSIONES

- 1 Se presenta la primera experiencia venezolana de nutrición enteral ambulatoria prolongada.
- 2 La nutrición enteral ambulatoria fue una alternativa de soporte nutricional que resultó eficaz, de fácil manejo y bajo costo en 4 pacientes que por diversas razones no podían ingerir alimentos por vía oral, y que requerían un soporte nutricional prolongado.
- 3 Esta modalidad de soporte nutricional no está exenta de complicaciones, pero son menos frecuentes y severas que con el uso de nutrición parenteral total (4).

RECOMENDACION

En todo paciente que requiera el uso de soporte nutricional ambulatorio cuyo tracto gastrointestinal esté funcionando, deberá indicarse la nutrición enteral a través de sondas nasointerales delgadas, con el uso de bombas de infusión peristáltica.

SUMMARY

The first Venezuelan experience on prolonged ambulatory enteral nutrition is analyzed in four cases.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CATALDI-BETCHER, E. L.; SELTZER, M. H. et al.- Complication occurring during enteral nutritional support: Prospective study, JPEN 7:546-552, 1983.
- 2 Enteral Alimentation in the home in: Tube feedings: Clinical application. The Ross Laboratories 38-40, 1980.
- 3 MACKENZIE, I. L.- Evaluation of the patient for home parenteral nutrition, NSS 2:16-19, 1982.
- 4 MC LAREN, D. S.- Assessment of Nutritional Status, NSS 3:15-19, 1983.
- 5 RANDALL, H. T.- Enteral Nutrition: Tube feeding in acute and chronic illness. JPEN 8:113-136, 1984.
- 6 SCRIBNER, B. H.- History and development of home parenteral nutrition in: Home parenteral nutrition. Aspen monograph 6-7, 1981.