

Artículo Original

Inicio temprano de la alimentación enteral en pacientes con reconexión intestinal

Early feeding of enteral nutrition in bowel anastomosis

Hernández Centeno, J. R.; Fernández Galicia, J. C.; González Bravo, F.; Ramírez Barba, E. J.; Zavala Martín, J.; Montiel Ramírez, A. E.; Maldonado Arias, C. M.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Regional de León. Universidad de Guanajuato. México.

RESUMEN

Introducción: En cirugía gastrointestinal en particular posterior a una reconexión intestinal es frecuente no alimentar al paciente hasta cumplir un periodo que puede ser de 3 a 7 días. Algunos estudios han abordado el inicio de la nutrición enteral precoz evidenciando mejoría clínica y metabólica.

Objetivos: Identificar la diferencia en la evolución postquirúrgica de los pacientes que inicia nutrición enteral precoz contra quienes no la inician.

Métodos: Observacional de cohortes reconstruidas. Pacientes mayores de 18 años admitidos a cirugía de urgencias o cirugía electiva en quienes se realiza anastomosis intestinal.

Resultados: 372 pacientes se admitieron en el estudio. 229 (61.55%) de cirugía de urgencias y 143(38.4%) cirugía electiva. La tolerancia a la alimentación oral fue mayor en grupo entre los 31 y 55 años de edad (X^2 40.881 $p < 0.000$). No se mostro diferencia en la tolerancia entre los que se operaron de urgencias y los de cirugía electiva al inicio de la alimentación oral ($p=0.945$). No se evidenció diferencia en cuanto a

sangrado ni en presencia de dehiscencia entre los que iniciaron nutrición enteral precoz y no (X^2 0.04).

Discusión: Algunas escuelas quirúrgicas continúan difiriendo la nutrición hasta completar un periodo que consideran de seguridad no contando con evidencias de que esto mejore la evolución de los pacientes.

Conclusiones: Se debe evaluar el inicio de la nutrición enteral precoz en todo paciente sometido a reconexión intestinal en cuanto presente peristalsis efectiva.

PALABRAS CLAVE

Alimentación oral, nutrición enteral precoz, reconexión intestinal, fuga intestinal.

ABSTRACT

Introduction: It is frequent that in gastrointestinal surgery, in particular when there was an intestinal reconnection to maintain the fasting for tree to seven days. Some authors has demonstrated that early enteral diet shows clinic and metabolic improvement

Objectives: Identify the differences evolution between who`s initiated early enteral feeding and who`s not.

Material and Methods: Observational of reconstructed cohorts. Eighteen years old patients admitted to emergency room or elective surgery that made some intestinal anastomosis.

Results: Tree hundred seventy-two patients were admitted to the study, 229 (61.55) were from emergency room and 143 (38.4%) by elective surgery. There was no difference in tolerance to early enteral feeding between

Correspondencia:

Dr. José Raúl Hernández Centeno
Médico Adscrito al Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital General Regional León, Secretaría de Salud
20 de enero 927 Centro Col Obregón. CP 37320 León,
Guanajuato., México
Tel (52477)7140310 ext. 274-276
email: raul.cirurgia@gmail.com

both groups ($p=0.945$). No difference was noted in bleeding or anastomotic leak between groups ($X^2 0.04$).

Discussion: Some surgical schools still continue delay the early enteral feeding until a period that's considered from security. There was no evidenced that it is recommended.

Conclusion: It's recommended to evaluate the early enteral feeding in the patients that initiates effective peristalsis as soon as possible.

KEY WORD

Early enteral feeding, intestinal anastomosis, anastomotic leak.

INTRODUCCIÓN

El manejo convencional posterior a una cirugía de reconexión intestinal ha sido históricamente la premisa "nada por la boca", y por lo general ha sido por un periodo de 4 a 6 días según algunas normas convencionales del manejo de estos pacientes sugiriendo una "protección" a la anastomosis.

El primer estudio para abordar el tema de la nutrición enteral precoz (DET) fue realizado en 1979 donde 30 pacientes habían sido sometidos a cirugía gastrointestinal e inicio de la nutrición precoz evidenciando mejoría en controles clínicos y metabólicos además de menor estancia (1).

Otros estudios han demostrado la utilidad de la nutrición enteral precoz (2,3). No es hasta que Lewis y cols (4), realizaron un metanálisis donde se sugiere que la nutrición enteral precoz disminuye el riesgo de dehiscencia de anastomosis, disminuye la tasa de infección de herida quirúrgica, neumonía y absceso intra-abdominal sin embargo no lograron significancia estadística. Dicho estudio se repitió en el 2009 logrando resultados similares (4,5).

La alimentación enteral es la forma de aportación nutricional ideal más importante para cualquier individuo (6), se obtiene el adecuado sustento proteico calórico, prevención de atrofia intestinal por desuso, mantenimiento de la inmunocompetencia, preservación de flora saprofita y disminución de la respuesta inflamatoria en trauma quirúrgico (7,8).

El inicio de la nutrición enteral estimula la producción de hormonas enterotróficas (enteroglucagon y gastrina) (9,10), potencializa la renovación de enterocitos, contribuye a mantener la calidad de las vellosidades

intestinales y su restablecimiento en las funciones biológicas, metabólicas, endócrinas y estructurales (11).

Posterior a una reconexión intestinal, la complicación más temible por parte del cirujano es la presentación de la dehiscencia/fístula, a cual aun se reporta entre el 1 y 4% (12), seguido del íleo paralítico y dolor abdominal (13,14) motivo por el cual algunos grupos quirúrgicos deciden diferir el inicio de la nutrición para disminuir la presencia de estas complicaciones más en base a experiencia que a evidencias médicas.

Definimos la nutrición enteral precoz cuando el paciente presenta perístasis auscultable como criterio objetivo con la presencia de canalizar gases referida por el paciente dentro de las primeras 48 horas de realizada la cirugía.

OBJETIVOS

Identificar la diferencia en la evolución posquirúrgica de los pacientes con anastomosis intestinal que se les inicio la nutrición enteral precoz contra aquellos pacientes que no la iniciaron.

MÉTODOS

Se analizaron los pacientes mayores de 18 años en los que se realizó entero enteroanastomosis tanto de urgencias como programados en el servicio de cirugía digestiva entre septiembre del 2008 a septiembre del 2011. Se define la nutrición enteral precoz aquella que se inicia dentro de las primeras 48 horas en pacientes que presentan peristalsis efectiva y refieren canalizar gases.

Diseño: Estudio observacional de cohortes reconstruidas.

RESULTADOS

Se estudiaron 372 pacientes en quienes se realizó una reconexión del tránsito intestinal. 229 pacientes (61.55%) fueron de urgencias y 143 (38.4%) electivas. 208 pacientes (55.9%) fueron del sexo masculino no mostrando diferencia significativa para la tolerancia entre ambos géneros ($X^2 0.05$ RR 0.97). La tolerancia a la vía oral fue significativamente mayor en el grupo entre los 31 y 55 años de edad ($X^2 40.881$ $p<0.000$).

Con respecto al inicio de la nutrición enteral precoz se inicio en 92 pacientes de urgencias tolerándolo el 81.5% (75 pacientes) y en 68 pacientes de cirugía electiva tolerándolo el 82.35% (56 pacientes) no mostrando diferencias entre ambos grupos ($p=0.945$).

Las manifestaciones de intolerancia a nutrición enteral se compararon dos grupos considerando menos de 48 horas de inicio de la nutrición enteral y mas de 48 horas encontrando que del total de los pacientes el 9.67% presentó distensión abdominal mostrando mayor frecuencia de distensión entre el grupo que inicio nutrición enteral precoz (14.38%) contra el grupo que inició tardíamente (6.13%) (RR 2.34 IC 1.25-4.38), La presencia de íleo paralítico se presentó en 33 pacientes (8.8%), 22 de nutrición precoz y 11 de nutrición enteral tardía (RR 2.65 IC 95% 1.36-5-15) mostrando diferencia significativa.

Todos los pacientes que iniciaron la nutrición enteral precoz se egresaron entre el 3 y 4to día postquirúrgico. No se evidenció ni el sangrado ni la dehiscencia como complicaciones significativas en los pacientes que se iniciaron nutrición enteral precoz (X^2 0.04). Es menos frecuente la infección postquirúrgica en los pacientes que iniciaron la nutrición enteral precoz comparado contra quienes la iniciaron de forma tardía (X^2 0.389 RR correspondiente 2.56 IC 1.01-6.5).

DISCUSIÓN

La población más frecuentemente afectada es el sexo masculino entre los 31 y 55 años de edad, grupo tam-

bién en donde se observa la mejor tolerancia a la nutrición enteral de forma precoz.

Se evidencia que independientemente el tipo de cirugía (urgencia vs electiva) se presentó peristalsis efectiva antes de las 48 horas a los cuales se les puede iniciar la nutrición enteral de forma segura. Si es más frecuente la presencia de íleo y distensión abdominal en el grupo de nutrición enteral precoz sin embargo remite de carácter rápido y permite egresar el paciente de forma segura entre el tercero y cuarto día postquirúrgico.

Ni el sangrado o la dehiscencia se asocian al inicio de la nutrición enteral precoz y, disminuye de forma significativa el riesgo de infección postquirúrgica en quienes iniciamos la nutrición enteral de forma precoz.

CONCLUSIONES

El ayuno prolongado en pacientes con anastomosis intestinal es cada vez más controversial no evidenciando complicaciones en el postquirúrgico y siendo la nutrición enteral precoz un factor que disminuye el riesgo de infección y una oportunidad de inicio de la vía oral en el paciente que presenta peristalsis efectiva.

ANEXOS

Gráfico 1, gráfico 2 y gráfico 3.

Gráfico 1. Distribución de la cirugía de urgencias y programada en la que se realizó restitución del transito intestinal.

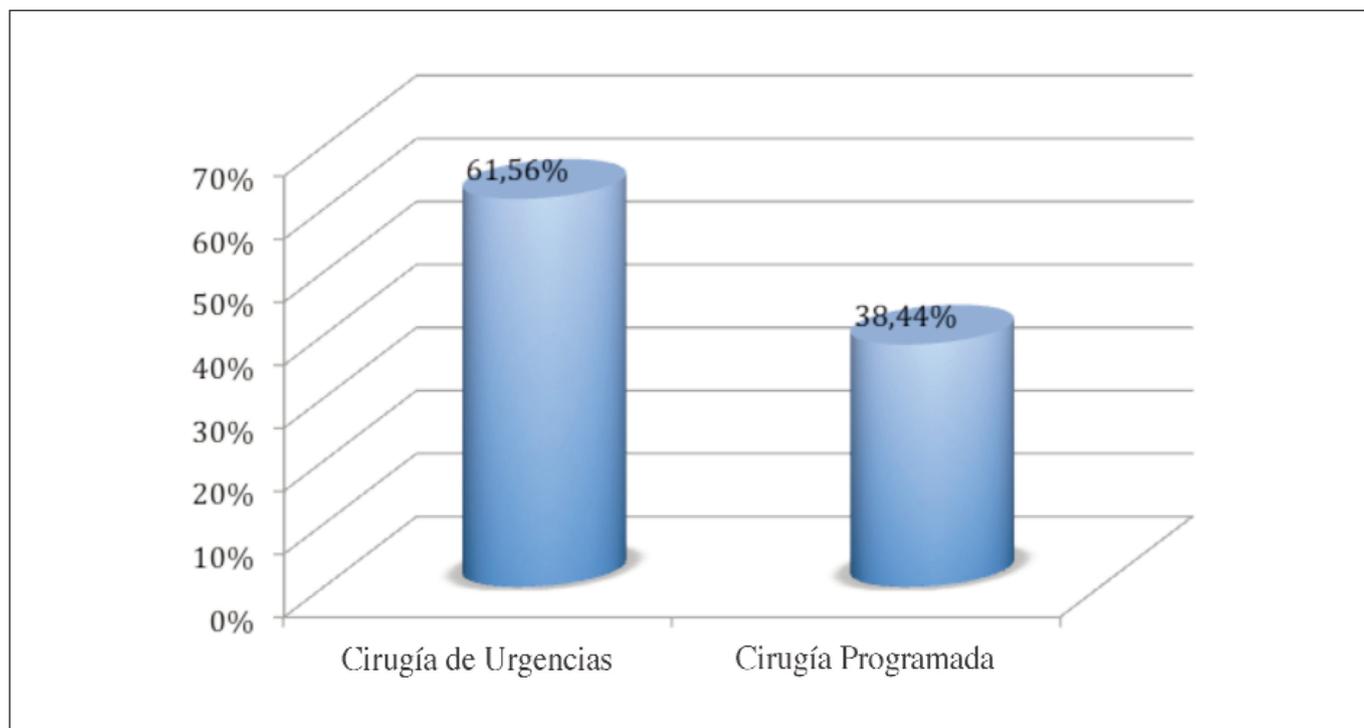


Grafico 2. Principales causas de cirugía de urgencias que condicionaron resección intestinal y entero anastomosis.

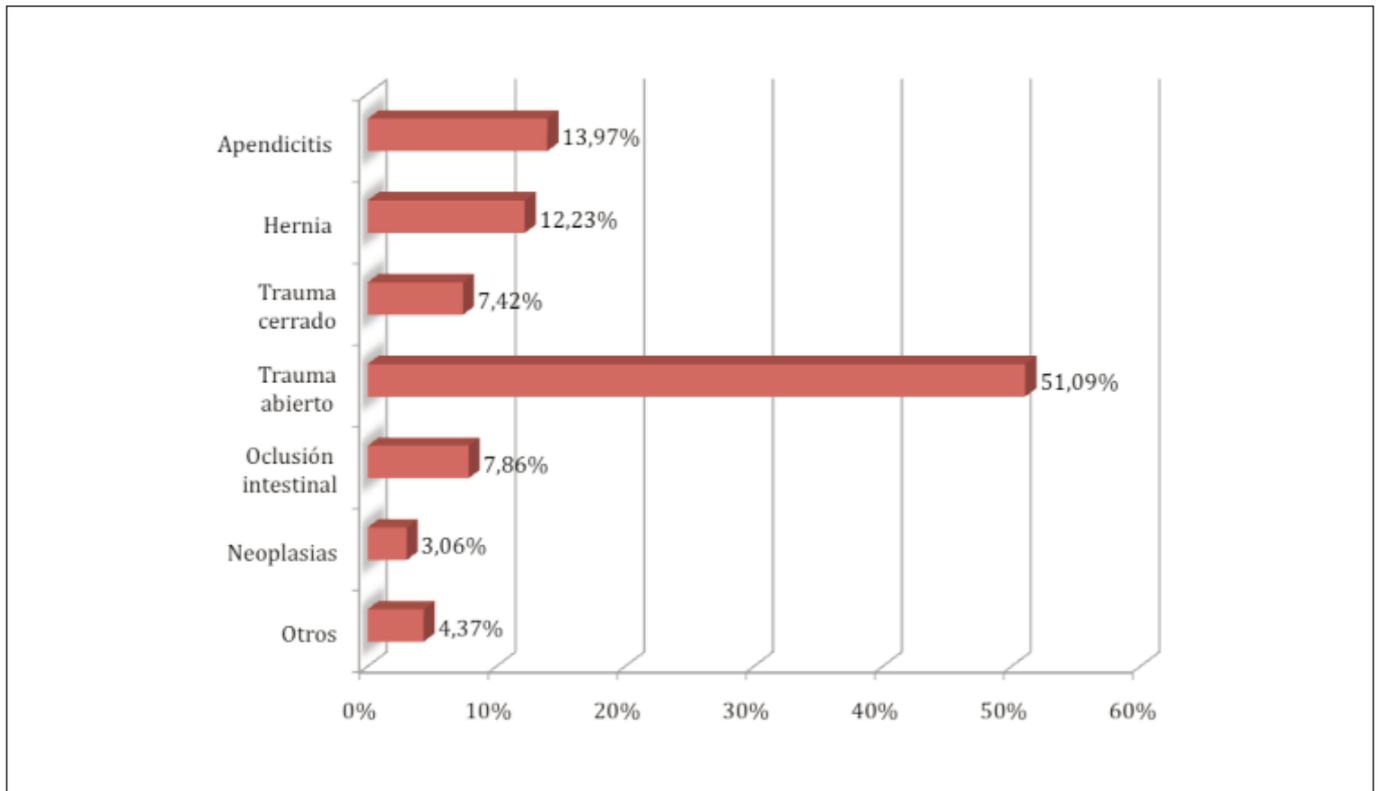
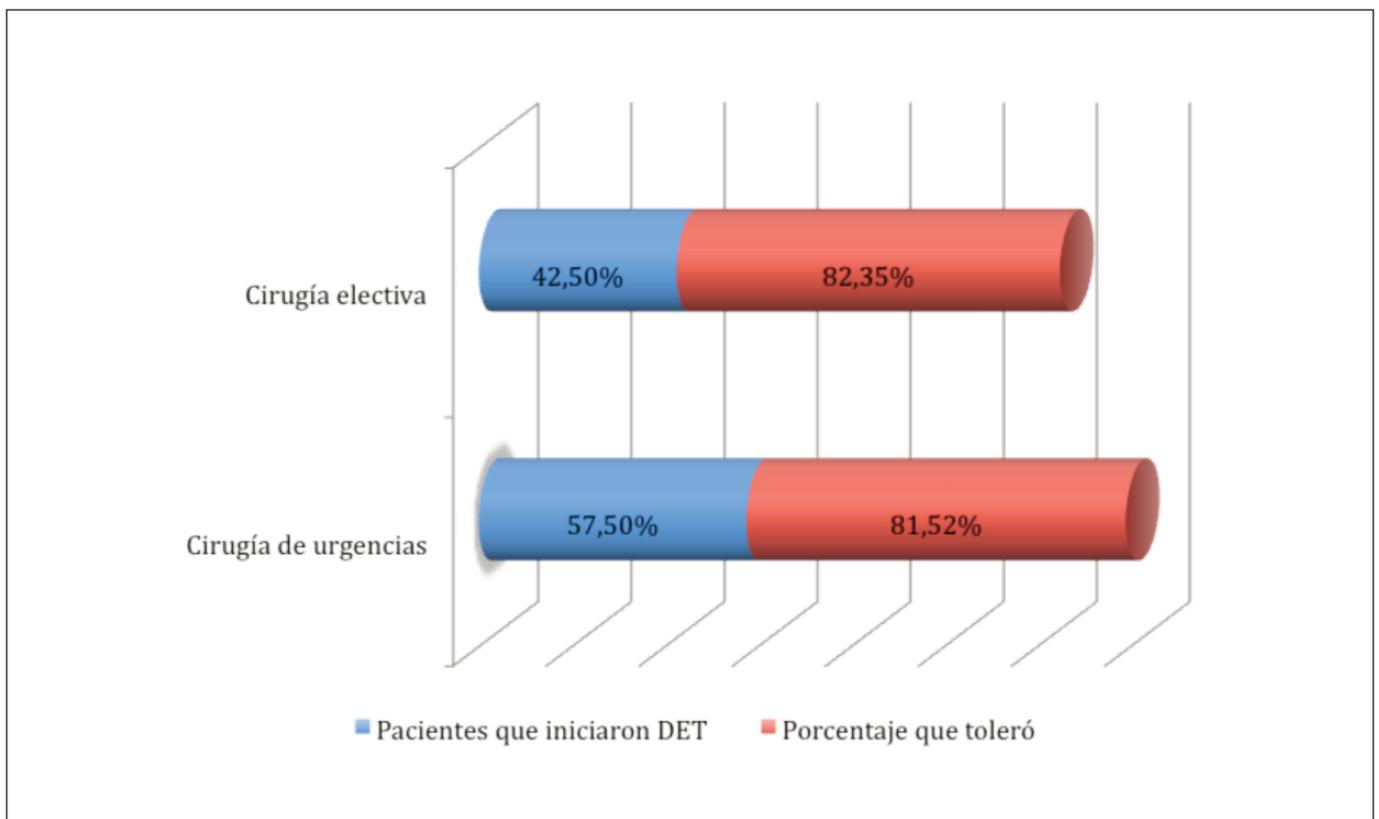


Grafico 3. Distribución de pacientes por urgencias o electiva que toleraron adecuadamente el inicio de la nutrición enteral precoz.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sagar S, Harland P, Shields R. Early postoperative feeding with elemental diet. *Br Med J* 1979;1:293.
2. Bickel A, Shtamler B, Mizrahi S. Early oral feeding following removal of nasogastric tube in gastrointestinal operations. A randomized prospective study. *Arch Surg* 1992;127:287-9.
3. Gianotti L, Braga M, Vignali A, Balzano G, Zerbi A, Bisagni P, et al. Effect of route of delivery and formulation of postoperative nutritional support in patients undergoing major operations for malignant neoplasms. *Arch Surg* 1997;132:1222-9; discussion 1229-30.
4. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ* 2001;323:773-6.
5. Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 2009;13:569-75.
6. Bickel A, Shtamler B, Mizrahi S. Early oral feeding following removal of nasogastric tube in gastrointestinal operations. A randomized prospective study. *Arch Surg* 1992;127:287-9.
7. Wicks C, Somasundaram S, Bjarnason I, Menzies IS, Routley D, Potter D, et al. Comparison of enteral feeding and total parenteral nutrition after liver transplantation. *Lancet* 1994;344:837-40.
8. Beier-Holgersen R, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infections. *Gut* 1996;39:833-5.
9. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Cestari A, Bisagni P, Di Carlo V. Artificial nutrition after major abdominal surgery: impact of route of administration and composition of the diet. *Crit Care Med* 1998;26:24-30.
10. Watters JM, Kirkpatrick SM, Norris SB, Shamji FM, Wells GA. Immediate postoperative enteral feeding results in impaired respiratory mechanics and decreased mobility. *Ann Surg* 1997;226:369-77.
11. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ* 2001;323:773-6.
12. Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 2009;13:569-75.
13. Bozzetti F, Braga M, Gianotti L, Gavazzi C, Mariani L. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2001;358:1487-92.
14. Han-Geurts IJ, Hop WC, Kok NF, Lim A, Brouwer KJ, Jeekel J. Randomized clinical trial of the impact of early enteral feeding on postoperative ileus and recovery. *Br J Surg* 2007;94:555-61.