

Cartas científicas

Pronóstico de los pacientes críticos que precisan Nutrición Enteral al alta de la UCI

L. Santana Cabrera, L. Ugalde Jáuregui, M. Sánchez-Palacios y R. Lorenzo Torrent

Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.

Sr. Director:

El soporte nutricional enteral ha llegado a ser un tratamiento estándar de los pacientes críticos que requieren de una estancia prolongada en la UCI y no pueden consumir una dieta oral¹. Se ha planteado en diversos estudios el análisis de la relevancia de la nutrición artificial en la mejoría del paciente, analizando su eficiencia, es decir la capacidad de aportar beneficios minimizando los riesgos y los gastos².

El objetivo de nuestro estudio era conocer el pronóstico de los pacientes críticos que se iban de alta a planta precisando Nutrición Enteral (NE). Para ello se llevó a cabo un estudio retrospectivo, durante un período de 6 años, en una UCI polivalente de 24 camas perteneciente a un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas como la edad o el sexo, APACHE II al ingreso, diagnóstico al ingreso, estancia en la UCI hospitalaria, mortalidad hospitalaria y causas por las que se fue de alta a planta precisando NE.

Durante el periodo de estudio ingresaron en nuestra UCI 3.786 pacientes, de los cuales 63 (1,6%) se fueron de alta a planta precisando NE, con una edad media de $53,4 \pm 18,1$ años, 74,6% varones, con un APACHE II al ingreso de $16,2 \pm 7,1$. 38,1% eran pacientes con patología médica, 28,6% postquirúrgicos y 33,3% traumatológicos. La estancia media en la UCI de estos pacientes fue de $18,4 \pm 13,4$ días y la estancia hospitalaria $71,8 \pm 81,9$ días. Las causas por las que se matuvo la prescripción de NE en el momento del alta fue en 32 (50,8%) el nivel de conciencia, en 17 (27%) por debilidad, 10 (15,9%) por trastornos en la deglución y en 4 (6,4%) por haber padecido una cirugía gástrica o esofágica que le impedía la alimentación oral.

Catorce (22,2%) de los pacientes fallecieron tras el alta de la UCI, de los cuales 64,2% eran pacientes médicos y 35,8% postquirúrgicos, no encontrándose en este grupo ningún paciente traumatológico. Entre los

fallecidos el 71,4% se mantuvo la NE al alta por problemas en el nivel de conciencia. En el análisis multivariantes sólo se encontró relación de la mortalidad en este grupo de pacientes con la edad ($p 0,018$) y la causa por la que se mantenía la NE ($p 0,029$).

Analizando estos resultados, en nuestro estudio, el peor pronóstico de los pacientes a los cuales se les prescribió NE al alta fue para los pacientes médicos con alteraciones del nivel de conciencia y de mayor edad. Sería importante haber conocido el estado nutricional de estos pacientes ya que se ha demostrado que los pacientes malnutridos tienen más tasa de complicaciones y reingresos³.

En conclusión, aunque el grupo de riesgo de ser sometido a un tratamiento fútil coincide con los de otras revisiones, el debate ético sobre la NE como tratamiento o cuidado básico no está resuelto, por lo que lo más adecuado sería, el análisis de cada caso, en base a diagnóstico, voluntades previas o actuales del paciente o de su entorno familiar, en caso de imposibilidad de conocer los deseos del enfermo ya que, según la literatura, hasta un 30% de los pacientes hospitalizados reciben cuidados que no están acordes a la evidencia actual^{4,5}.

Referencias

- Lochs H, Pichard C, Allison SP. Evidence supports nutritional support. *Clin Nutr* 2006; 25: 177-179.
- Donini LM, Savina C, Ricciardi LM, Coletti C, Paolini M, Scavone L y cols. Predicting outcome of artificial nutrition by clinical and functional indices. *Nutrition* 2009; 25: 11-9.
- Friedmann JM, Jensen GL, Smiciklas-Wright H, McCamish MA. Predicting early nonelective hospital readmission in nutritionally compromised older adults. *Am J Clin Nutr* 1997; 65: 1714-20.
- Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998; 76: 509, 517-563.
- Asch SM, Kerr EA, Keeseey J, Adams JL, Setodji CM, Malik S y cols. Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care? *N Engl J Med* 2006; 354: 1147-56.

Correspondencia: Luciano Santana Cabrera.
Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Avenida Marítima del Sur, s/n.
35016 Gran Canaria (España)
E-mail: Isancabx@gobiernodecanarias.org

Recibido: 23-IX-2009.
Aceptado: 26-X-2009.