



**SECCION IBERO-LATINO AMERICANA
XXVII Congreso de ASPEN**

Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral

San Antonio, Texas, EEUU

Martes, 21 de enero de 2003

Ibero-Latin-American Section

XXVII ASPEN Congress

American Society of Parenteral and Enteral Nutrition

San Antonio, Texas, USA

Tuesday, January 21st, 2003

DESIGN OF A SOFTWARE APPLICATION TO ASSIST THE PHYSICIAN ON THE ASSESSMENT OF METABOLIC REQUIREMENTS, PARENTERAL/ENTERAL FORMULATION AND MONITORING OF PATIENTS WITH NUTRITION SUPPORT

Hayakawa-Dávila VC, Ruy-Díaz R JA, Márquez H JC, Montaña E, González F.

Division of Metabolic and Nutritional Support and the Department of Research Design and Analysis from the "Dr. Manuel Gea González" General Hospital (SS). Mexico, D.F. Department of Nutrition and Metabolism from the Anahuac University. School of Medicine. Mexico, D.F.

Like most hospitals with an advanced nutritional support clinic, the "Dr. Manuel Gea González" General Hospital, attends a high volume of patients whom require continuous attention and close monitoring. This translates into a great expenditure of time and effort from the nutritional support team. In order to improve the quality and efficiency of our attention, we developed several tools that evolved up to the design of a software application. This program is capable of creating a database for capturing patient's ID and anthropometric data, laboratory test results, nutrition and calorimetric parameters. It presents some of the most significant empirical formulas for the estimation of rest energy expenditure and hydro-electrolytic needs. The software is capable of making all those time consuming calculations for prescription and compounding of the parenteral nutrition orders. As well, it offers a wide variety of enteral commercial products. Shows graphically and objectively, the evolution of the most representative nutritional and laboratory parameters, for the on going assessment of the metabolic and nutritional status and for surveillance and early detection of complications.

It is important to emphasize that this Software is intended for qualified personnel. It does not in any way substitute the physician's criteria. It does not indicate what patients require metabolic or nutritional support, the kind of support or the administration route.

EFFECTIVENESS OF A CLINICAL PRACTICE GUIDELINE (CPG) ON THE USE OF PARENTERAL NUTRITION (PN) AT A TERTIARY CARE PEDIATRIC HOSPITAL

Duggan Ch, Rizzo C, Cooper A, Klavon S, Fuchs V, Gura K, Richardson D, Collier S, Lo C.

Department of Gastroenterology and Nutrition. The Children's Hospital, Boston.

Objective: To determine the effectiveness of a clinical practice guideline (CPG) on the use of parenteral nutrition (PN) at a tertiary care pediatric hospital.

Methods: Review of prospectively collected data on hospital-wide PN use two years before and five years after the establishment of the CPG. Effectiveness of the CPG was measured as the percentage of PN courses lasting less than 5 days, as well as the number of PN starts per 1000 patient days.

Results: During the study period, 5,745 PN courses were administered. The mean (SD) number of PN starts per 1000 inpatient days was 8.86 (0.78) before the CPG and 9.54 (2.49) afterwards ($p = 0.28$). The percentage courses of PN lasting for fewer than 5 days declined from 26.3% before the CPG to 18.4% afterwards [OR: 0.63 (0.55-0.72); $p < 0.0001$]. A multivariate model confirmed that the rate of short-term PN starts declined after the CPG was issued. The mean (SD) number of PN courses shorter than 5 days in the two years before the CPG was 2.33 (0.42) per 1000 patient days versus 1.75 (0.45) in the 5 years after the CPG was instituted ($p = 0.005$), a 25% decline. The services with the highest volume of PN use (surgery, cardiology, hematology/oncology) showed the most significant decreases in short-term PN use, while those that had the smaller volume of PN starts had less significant decreases (intensive care units, medical subspecialties, general pediatrics).

Conclusions: In a large pediatric tertiary care hospital, a CPG was successfully deployed. The introduction of the CPG was associated with no overall change in PN use, but the occurrence of short-term use of PN (less than 5 days duration) declined by 25%. CPGs can favorably affect the utilization rates of parenteral nutrition.

CUANTIFICACIÓN DIETÉTICA: UN INSTRUMENTO VÁLIDO PARA IDENTIFICAR PACIENTES EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN

Araujo KCG, Carvallho D, Brito P, Alvares JB, Maia FRF, Fonseca IK, Guimarães, Matos LC, Cabral EB, Correia MITD.

El estado nutricional de pacientes hospitalizados es importante para determinar el suceso de la evolución y la calidad de vida de estos enfermos. El hecho que el paciente tenga la vía oral liberada no significa que esté comiendo lo que en verdad necesita.

Objetivo: Evaluar la ingesta de nutrientes de pacientes en riesgo de desnutrición, con la alimentación por la boca liberada.

Método: Estudio observacional analítico. Fueron evaluados 194 pacientes, a través de la técnica de recordatorio de 24 horas, seguidos por más de 2 días. El cálculo de las necesidades nutricionales de estos enfermos fue de 25-30 kcal/kg/peso actual y de 1,0-1,3 g/kg de proteínas/día, de acuerdo con la enfermedad del paciente. El 5,2% de los pacientes también estaban recibiendo nutrición enteral y 41,1% tuvieron prescritos suplementos hipercalóricos y hiperproteicos, dos a tres veces al día (contenido de 600 a 1.050 kcal/día y 24 a 54 g de proteínas/día). El 53,7% no recibió ningún suplemento nutricional, solamente la dieta prescrita por el médico. El análisis estadístico fue hecho a través de la prueba de variancia de Kruskal-Wallis.

Resultados: La edad promedio fue de $56,6 \pm 19,2$ años (11 a 95 años), con 52,1% de sexo masculino. En 60,8% la dieta prescrita fue libre/blanda; 11,9% dieta especial (diabetes, fallo renal, hipo sódica) y 27,3% dieta pastosa/líquida completa. El promedio de la ingesta diaria fue de $67,5 \pm 33,6\%$ en relación con los cálculos nutricionales de calorías y $74,4 \pm 33,6\%$ de proteínas. Todavía, en el 25% de los enfermos la ingesta fue inferior al 50% del valor nutricional calculado y apenas el 25% de los pacientes recibieron más de 81,5% de las calorías y 103% de las proteínas estimadas ($p < 0,05$). No hubo diferencia estadística entre la ingesta de nutrientes de acuerdo con el tipo de dieta consumida (libre x pastosa x especial).

Conclusión: A través de la vigilancia dietética se pudo identificar que hasta uno 50% de los enfermos no logra alcanzar las necesidades nutricionales calculadas, aun que algunos estaban en uso de suplementos nutricionales. Sin embargo, estos pacientes deben entonces recibir nutrición enteral.

¿ES NECESARIO RETIRAR LOS LÁCTEOS DE LA DIETA EN LOS BROTES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

Maurer A, Doménech E, Rosinach M, García-Planella E, Bernal I, Cabré E, Gassull MA.

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Introducción: La retirada de los lácteos de la dieta durante los brotes de actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una medida terapéutica habitual, a pesar de no existir base científica para justificarla. Por otra parte, se ha demostrado un aumento en la incidencia de alteraciones del metabolismo óseo de los pacientes con EII respecto a la población general, que podría agravarse por un aporte dietético inadecuado de calcio.

Objetivos: Evaluar la incidencia de malabsorción e intolerancia a productos lácteos en pacientes afectados de EII en brote de actividad.

Pacientes y métodos: En 22 pacientes con EII activa (12 CU/10 EC) y 18 controles sanos, se practicó un test de aliento de H₂ tras ingestión de 240 ml de leche entera (contenido de 12 g de lactosa) para valorar la malabsorción (según valores de H₂ espirado) e intolerancia (según cuestionario) a la leche. Los pacientes con malabsorción o intolerancia repitieron la misma prueba tras la ingestión de 250 g de yogur (equivalente a 240 ml de leche en cuanto a contenido de lactosa). En caso de producción excesiva y precoz de H₂, se practicó test de aliento con glucosa para descartar sobrecrecimiento bacteriano; asimismo en caso de producción anormalmente baja de H₂ se practicó test de aliento con lactulosa para descartar déficit de producción de H₂. Por último, se realizó una encuesta sobre el consumo de productos lácteos antes y después del diagnóstico de EII. Se excluyeron los sujetos con consumo reciente de antibióticos, laxantes, enemas, antidiarreicos, y aquellos con HDA o sospecha de estenosis intestinal.

Resultados: 6 pacientes (27,3%) y 9 controles (50%) presentaron malabsorción o intolerancia a la leche, solamente un paciente malabsorbió e intoleró el yogur y ningún sujeto sano. No se evidenció ningún caso de sobrecrecimiento bacteriano y en 4 pacientes y un control sano se evidenció déficit en la producción de H₂. Todos los pacientes consumían lácteos antes del diagnóstico de EII, pero el 36,4% los abandonaron después del mismo. El motivo de la restricción de lácteos fue por prescripción facultativa (73,3%) o por actitud voluntaria (9%).

Conclusiones: La mayoría de pacientes con EII activa no presenta malabsorción o intolerancia a los lácteos. Aquellos con intolerancia/malabsorción a la leche, toleran y no malabsorben el yogur. Dada la importancia de un aporte dietético adecuado de calcio en estos pacientes, la restricción sistemática de lácteos de la dieta durante los brotes de actividad de la EII es una medida innecesaria y contraproducente.

GLUTAMINA Y SUS EFECTOS EN EL PACIENTE SÉPTICO POSQUIRÚRGICO

García V, Baptista G, Sosa B, Sánchez A, Sánchez R.

Objetivo: Conocer los efectos de la glutamina en pacientes sépticos posquirúrgicos, atendidos en el Hospital Universitario de Caracas entre junio-septiembre 2001.

Métodos: Estudio clínico prospectivo, controlado, ciego, al azar. Se incluyeron cincuenta pacientes, clasificados según score APACHE II. El grupo de estudio conformado por 25 pacientes recibió glutamina (0,5 g/kg) durante 10 días; el grupo control tuvo 25 pacientes y no recibió suplementación. Ambos grupos recibieron soporte nutricional con aporte isocalórico e isonitrogenado. Se determinó leucocitos, linfocitos, neutrófilos, proteínas totales y fraccionadas, el primer, quinto y décimo día. Se midió frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura durante este período.

Resultados: Los grupos fueron comparables en edad, sexo, estado nutricional y grado de severidad. La ruta de alimentación en ambos grupos fue la vía parenteral en un 97,83%. En el grupo de estudio las frecuencias cardíaca y respiratoria, y la temperatura disminuyeron de manera significativa ($p < 0,05$) al décimo día, y con respecto al grupo control. El conteo de leucocitos y neutrófilos disminuyó significativamente ($p < 0,05$) y los linfocitos aumentaron al décimo día posterior a la suplementación. No hubo diferencia significativa en las concentraciones de proteínas totales entre ambos grupos. La albúmina aumentó de manera significativa ($p < 0,05$), mientras que las globulinas disminuyeron al décimo día al compararlas entre grupos.

Conclusiones: La suplementación con glutamina en pacientes sépticos posquirúrgicos mejora la respuesta inflamatoria, el número y función de las células inmunes y el metabolismo proteico.

Palabras claves: Glutamina. Sepsis. Respuesta inflamatoria.

PRESCRIPCIÓN EXACTA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CÁNCER GASTROINTESTINAL

Kehr J, Castillo Nut L, Morales B, Ridemann K, Campano M.

Hospitales: San Juan de Dios. Universidad Católica. Dipreca y Mutual de Seguridad. Santiago de Chile.

El objetivo del estudio fue determinar la prescripción exacta de nutrición enteral en pacientes postoperados de cáncer gastrointestinal.

Material y métodos: Se analizó el porcentaje de pérdida de NE en el hospital A, midiendo los volúmenes residuales de NE en 40 indicaciones de NE. La NE fue administrada a horario continuo por bomba de infusión. Además, se analizó la composición química (análisis de humedad, proteínas, grasas y minerales) de NE, elaboradas con polvo diluido a una concentración de 1 cal/ml y de NE lista para usar en 24 muestras de 4 hospitales (hospitales A, B, C y D) La NE fue elaborada de acuerdo a los protocolos de cada hospital y comparadas con sus respectivos estándares de composición. Los análisis químicos fueron realizados en un centro independiente de los hospitales. Las muestras fueron congeladas a -70 grados. Los resultados se expresan como el porcentaje de diferencia que existe entre los determinaciones de laboratorio y los valores descritos en los productos.

Resultados: El porcentaje de pérdida de NE en 40 indicaciones de pacientes oncológicos fue 7%. La tabla muestra la relación entre los determinaciones de proteínas, grasas y humedad de NE en polvo (P) y lista para usar (L) y los valores descritos en NE polvo Pd y lista para usar (Ld).

Hospital	Proteínas P/Pd (%)	Proteínas L/Ld (%)	Grasas P/Pd (%)	Grasas L/Ld (%)	Humedad (g/100)	Humedad (g/100 ml)
A	-3,1	0	14,86	7,8	85,0	83,8
B	20,5	0	-5,31	-1,84	84,2	84,7
C	-2,13	0	4,03	3,17	85,8	84,5
D	19,63	0	2,26	0	80,1	83,3
Promedio	5,7	0	2,77	0	83,7	84,1

Conclusiones: Los valores obtenidos para proteínas y grasas con NE en polvo variaron en todos los hospitales, lo que indica que las técnicas de elaboración no son similares, a diferencia, el uso de NE lista para usar determinó valores generalmente similares para hospitales. El ajuste de la indicación de NE debe considerar el porcentaje de pérdida durante la administración de NE y el tipo de NE a usar. En el presente estudio, la prescripción con NE (L) para el hospital A se debe aumentar en un 7%, en el caso de NE (P), se debe ajustar además considerando los valores de los análisis químicos. Para el mismo hospital A, la prescripción exacta debe considerar: 7% + 3% por pérdidas de proteínas (10%).

EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN EL EQUIPO DE TERAPIA NUTRICIONAL

Correia MITD.

La nutrición oral debe de ser la ruta preferencial de alimentación. Todavía algunos pacientes presentan disturbios de deglución (disfagia) que los colocan en riesgo de aspiración y de todas las complicaciones relacionadas con esta intercurencia. Los enfermos con enfermedades neurológicas y de orofaringe, o aquellos en largo tiempo de ventilación mecánica son los que presentan riesgo más elevado. Luego es muy importante que el acto de deglución sea evaluado por profesional experto, en el caso el terapeuta de la voz, antes que estos pacientes inicien la alimentación por la boca, después de ayuno prolongado o en nutrición enteral por sonda.

Objetivo: Evaluar el grado de disfagia en pacientes liberados para alimentación oral por el médico asistente.

Método: Los pacientes fueron evaluados antes del inicio de la nutrición oral por fonoaudiólogos. La evaluación consistió en: 1) observación de las condiciones generales del paciente como el estado cognitivo, cuadro respiratorio y habilidad motora; 2) aspectos específicos, tales como la realización de praxias orofaciales y presencia o no de deglución automática y/o voluntaria de saliva, y 3) evaluación funcional de deglución, con oferta de alimentos en pequeña cantidad, en las consistencias pastosa y/o líquida, observándose la fase voluntaria (captación del alimento, preparación del bolo alimentar y su propulsión para la orofaringe), activación del reflejo de deglución y posibles signos de penetración laríngea, tales como, tos, retraso en la activación de deglución, auscultación cervical ruidosa, escape prematuro de alimento para la orofaringe, alteración de la calidad vocal y disnea.

Resultados: 142 pacientes fueron evaluados. En 72,5% la dieta oral fue totalmente contraindicada, con 40% indicada la sonda nasointestinal, 31% gastrostomía, 24% sonda nasointestinal y terapia de deglución, 4% no aceptaron ninguna de las sugerencias y en 1% indicada la yeyunostomía. En aquellos con la vía oral liberada, 52% se contraindicó líquidos finos, 23,5% se les permitió recibir dieta líquido/pastosa, en 10% dieta pastosa gruesa, 10% dieta pastosa fina y solamente en 4,5% se le prescribió dieta libre.

Conclusión: Creemos que la evaluación de estos pacientes pueda haber disminuido el riesgo de aspiración ya que en la mayor parte de ellos se contra indico la vía oral. Caso la evaluación no hubiera sido hecha, probablemente los pacientes tendrían recibido algún alimento, favoreciendo el riesgo de aspiración. Así es que indicamos la actividad del terapeuta de voz como miembro integrante e importante del trabajo conjunto del equipo de terapia nutricional.

PREVENCIÓN, SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN LA ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEZCLAS DE NPT: APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Alaluf MG, Menéndez AM, Montemerlo H, Russi F, Martins G.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue evaluar, en un Centro de Fraccionamiento de Soluciones Nutricionales Intravenosas, la efectividad en el uso de un Sistema de Gestión de la Calidad. Los aspectos seleccionados fueron: prevención de errores de medicación y/o efectos adversos en pacientes hospitalizados o con internación domiciliaria que requieren terapia nutricional y satisfacción y calidad percibida por los usuarios.

Marco conceptual: El incremento del uso terapéutico de mezclas de nutrición parenteral en pacientes neonatos, pediátricos y adultos ha obligado a la revisión de los procesos de prescripción, elaboración y dispensación de las fórmulas. Estas mezclas intravenosas representan un riesgo potencial, ya que se administran a los pacientes en el torrente sanguíneo, inmediatamente después de ser elaboradas. La intervención preventiva de los farmacéuticos del Centro de Elaboración de NPT puede evitar los siguientes riesgos: errores en la dosis, tipo de medicamento/nutriente, posibles contaminaciones en la elaboración y ausencia o inadecuada información al paciente.

Material y método: Indicadores de gestión en procesos de elaboración definidos, relacionados con los riesgos más frecuentes, dentro del sistema de gestión de la calidad de acuerdo a normas ISO 9000 implementado en el Centro de Elaboración de Nutrición Parenteral.

Se definieron los criterios de evaluación y el nivel estándar deseado dentro de los procesos de elaboración:

1. Criterio: Prevenir los errores de formulación y/o interacciones de medicamento-nutriente < del 90% de las prescripciones por institución. *Indicador* seleccionado: % de consultas sobre fórmulas o interacciones medicamento-nutriente (intervenciones farmacéuticas)/total de prescripciones por institución en el período medido.
2. Criterio: Disminuir la probabilidad de contaminaciones a < del 0,05% del total de mezclas de NPT elaboradas por año. *Indicador* % de contaminaciones detectadas/total de mezclas de NPT elaboradas por año.
3. Criterio: Medir la satisfacción y calidad percibida por los usuarios del servicio a través de muestreo por encuestas periódicas: 90% de los resultados (tele-marketing) de usuarios del servicio igual ó superior a "muy bueno". *Indicador:* % de encuestas con valoración "muy bueno o excelente"/total de encuestas de la muestra.

Resultados de evaluaciones de prioridades y calidad percibida del servicio desde la perspectiva del usuario.

Resultados: 1. Sobre un total de 134 instituciones activas en el período comprendido entre 01/06/02 al 30/09/02 se registraron 80 intervenciones farmacéuticas en consultas espontáneas por iniciativa del usuario que representan un 1,4% del total de NPT pediátricas y adultas elaboradas (5.641 preparaciones). 2. Sobre un total de 20.551 de preparaciones se detectó un porcentaje de contaminaciones del 0,02% (estándar < del 0,05%). Período medido de 09/01 a 09/02. 3. Sobre un total de 35 encuestas realizadas por tele-marketing se corrobora una satisfacción por encima del estándar deseado (90% igual o superior a "muy bueno"). Se evaluaron aspectos relacionados con las áreas de laboratorio (95%), y distribución (89%).

Principal dimensión de calidad percibida desde la perspectiva de los profesionales de la salud: capacitación y difusión del uso del NPT en neonatología y manejo de cuidados en enfermería para la administración de mezclas.

Desde la perspectiva de los usuarios/pacientes o familiar involucrado: información y capacitación acerca de la terapia nutricional.

Conclusión: El seguimiento de los indicadores propios del sistema de gestión de la calidad permiten detectar en forma precoz la desviaciones en el desempeño de los procesos normatizados, corregirlas e introducir los cambios para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad. Constituyen, además, una importante fuente de realimentación interna y de los resultados deseados en los pacientes sometidos a terapia nutricional quienes demandan mayor información y capacitación en el aspecto nutricional del tratamiento, se incorpora de esta manera al usuario al Sistema de Gestión de la Calidad.

MANEJO INTEGRAL DEL SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

Arenas Márquez H, González Ojeda A, Anaya Prado R, Maurer Pons A, Castillo Torres V, Tejada Jiménez S, López Rodríguez A.

Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El síndrome de intestino corto es una entidad que pone en riesgo el estado nutricional y la salud. Requiere nutrición parenteral total (NPT) a largo plazo y un manejo dietético cuidadoso para ofrecer calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente femenina de 47 años de edad sometida a resección intestinal masiva con un intestino remanente de 40 cm de yeyuno y que presentó como complicación absorción intestinal deficiente por reducción significativa de la superficie de absorción.

Resultado: Manejo inicia con NPT y análogos de somatostatina a razón de 1,5 g de proteína y 30 cal/kg/día por 40 días. Pese a tolerar vía oral, fue imposible suprimir el apoyo endovenoso por reaparición de diarrea profusa y pérdida ponderal. Tres meses después se reevalúa el caso por nosotros mediante colonoscopia ya que se desconocían detalles de la primera intervención. Se encontró anastomosis yeyuno a colon ascendente en sentido latero-lateral con gran asa ciega de yeyuno y válvula íleocecal íntegra con 3 cm de íleon permeable y sano. Ante la presencia de válvula íleocecal se procedió a preparar con NPT preoperatoria y proceder a reinstalación fisiológica del aparato digestivo integrando a la superficie absorbente el asa ciega, desmantelando la anastomosis yeyuno-ileal término-terminal, colecistectomía y apendicectomía. Recibió NPT continua, luego cíclica y al unísono dieta blanda alta en fibra y complemento peptídico, logrando retirar NPT, mantener peso estable y solo 4 a 5 evacuaciones diarias con 40 cm de intestino y válvula íleocecal integrada al tránsito digestivo. Es importante mencionar que la mayor parte del tiempo la paciente fue manejada con NPT domiciliaria sin ninguna complicación.

Conclusión: Ante la resección masiva de intestino, deben mantenerse las estructuras que favorecen un adecuado tránsito digestivo. La NPT domiciliaria u hospitalaria es indispensable para el manejo agudo y crónico en tanto se establezca la adaptación a la reducida superficie absorbente. El buen manejo del acceso endovenoso impide la aparición de infecciones relacionadas a NPT como aconteció en este caso.

APOYO NUTRICIO EN EL ABDOMEN ABIERTO CONTENIDO. UNA BUENA COMBINACIÓN PARA DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD EN LA INFECCIÓN INTRABDOMINAL GRAVE

Arenas Márquez H, González Ojeda A, Anaya Prado R, Arenas Moya D, Maurer Pons A, Castillo Torres V, Tejada Jiménez S, López Rodríguez A.

Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El manejo de la infección intraabdominal grave requiere de cinco pasos fundamentales para disminuir la morbi-mortalidad: El control de la fuente de infección. El lavado de la cavidad. La prevención o manejo del síndrome de compartimiento abdominal. La reoperación programada para el manejo de la infección residual recurrente. El apoyo nutricional oportuno.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia del manejo de la infección intraabdominal grave.

Resultado: Serie de casos de 33 pacientes tratados prospectivo durante 2 años con edad promedio de 49 y un rango de 14 a 72 años de edad. La indicación del abdomen abierto fue en 28 pacientes como reoperación y en 5 pacientes como cirugía primaria. La albúmina inicial promedio fue de 1,76 g/dl.

Los 33 casos recibieron nutrición parenteral total por un promedio de 28 días. En 19 casos se dejó acceso enteral transoperatorio a través del cual se dio nutrición enteral por un promedio de 12 días de UCI y 30 días de estancia hospitalaria total. Se presentó una fístula enterocutánea como complicación del abdomen abierto. La reconstrucción de la pared abdominal se ha realizado en 14 casos después de 4 meses. No hubo mortalidad.

Conclusión: El manejo del abdomen abierto bajo un estricto protocolo conducido por el mismo grupo quirúrgico es una excelente alternativa para el manejo de la infección intraabdominal grave. El apoyo nutricional oportuno desempeña un papel fundamental en el control de este padecimiento.