

## Resúmenes de artículos

### Nutrición enteral precoz en enfermos críticos

En los pacientes críticos (traumatológicos y quirúrgicos) la administración de nutrición enteral en las primeras 36 horas en relación con la administración más tardía no ha sido evaluada adecuadamente

**Artículo:** Marik PE, Zaloaga GP. Early enteral nutrition in acutely ill patients: a systematic review. *Crit Care Med* 2001;29:1526-31.

**Antecedentes:** el soporte nutricional se considera fundamental en el tratamiento de los enfermos críticos. Hasta hace unos años era una práctica habitual dejar al enfermo sin nutrición enteral durante 5-7 días y aportar los nutrientes por vía parenteral. Esta práctica se fundamentaba en que muchos enfermos graves (traumatizados, postoperados) presentan paresia gastrointestinal a la que se ha atribuido una disminución de la tolerancia a la nutrición enteral. Las complicaciones asociadas a la nutrición parenteral frente a la enteral y la demostración de que la administración precoz de nutrición por vía entérica mejora el balance nitrogenado, la inmunidad, incrementa la capacidad antioxidante celular, disminuye la respuesta hipermetabólica al daño tisular y preserva la integridad de la mucosa intestinal han favorecido la introducción de la nutrición enteral precoz en el tratamiento de los enfermos críticos, en los últimos años. Sin embargo, los beneficios descritos están fundamentalmente basados en datos experimentales, ya que la investigación clínica ha mostrado resultados menos robustos.

**Objetivo:** estimar el efecto que tiene en el pronóstico de los enfermos críticos la administración de nutrición enteral precoz en comparación con la administración tardía.

**Tipo de estudio:** revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con metaanálisis.

#### **Intervenciones específicas incluidas en la revisión**

**Nutrición enteral precoz:** administración de alimentación por vía enteral en las primeras 36 h tras el ingreso en el hospital o después de una cirugía.

**Nutrición enteral tardía:** administración de alimentación por vía enteral después de las primeras 36 h tras el ingreso en el hospital o después de una intervención quirúrgica.

#### **Tipos de pacientes incluidos en la revisión**

**Criterios de inclusión:** adultos postoperados o politraumatizados o con traumatismo craneoencefálico o quemados o con patología médica crítica.

No se encontró ningún ensayo clínico con pacientes críticos médicos que cumpliera los criterios de inclusión.

#### **Desenlaces principales:**

*a)* número de infecciones; *b)* días de estancia en el hospital; *c)* mortalidad hospitalaria, y *d)* número total de complicaciones no infecciosas. No se incluyen en la tabla 1, ya que no se definen en el texto.

#### **Tipo de estudios incluidos en la revisión**

**Criterios de inclusión:** ensayos clínicos aleatorizados que incluyeran a los pacientes y las intervenciones previamente descritos y que evaluaran, al menos, uno de los desenlaces anteriormente enumerados.

#### **Fuentes consultadas, términos de la búsqueda e idioma**

**Fuentes:** *a)* Medline (1966-agosto de 2000); *b)* revisión bibliográfica de todos los artículos encontrados, y *c)* bibliografía de artículos de revisión.

**Términos de búsqueda:** bien definidos.

**Período de búsqueda:** 1966 a agosto de 2000.

**Idioma:** no consta.

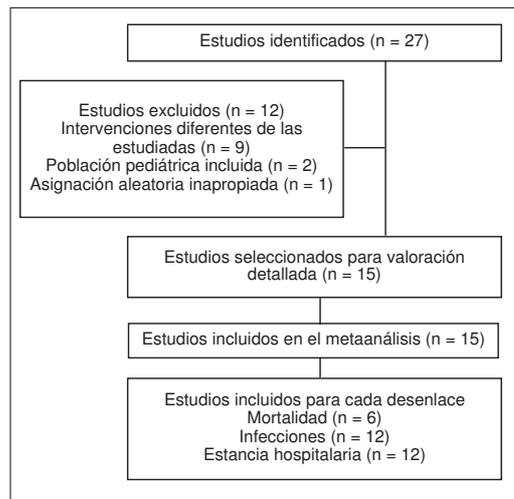
**¿Cómo se seleccionaron los artículos primarios?**

La selección se hizo independientemente por los dos autores.

**Criterios usados para estimar la calidad de los estudios primarios incluidos**

Ninguno.

Figura 1.

**¿Cómo se extrajeron los datos?**

La extracción de los datos se hizo independientemente por los dos autores.

**Estudios incluidos** (fig. 1)

**Resultados principales** (tabla 1)

**Información sobre costes:** no consta.

**Financiación del estudio:** no consta.

Tabla 1. Resultados

Desenlace (número de estudios) (N.º pacientes)	Nutrición ≤ 36 horas	Nutrición > 36 horas	
Infecciones (n = 12) (n = 603)	19,2%	41,4%	RR = 0,45 (0,30-0,66)* NNT = 4 (3-7)
Días de estancia en el hospital (n = 12) (n = 489)			Reducción media: 2,2 días (0,81-3,63)*
Mortalidad (n = 6) (n = 297)	8,1%	11,5%	RR = 0,74 (0,37-1,48)* NNT, no aplicable

\*IC del 95%.

**Conclusiones de los autores:** los resultados de este metaanálisis son similares a los datos experimentales que demuestran el beneficio de iniciar precozmente la nutrición enteral. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que existe una notable heterogeneidad entre los diferentes estudios.

**Conclusiones de los revisores:** las reservas que expresan los autores sobre la interpretación de los datos están suficientemente fundamentadas. Más aún, no haber utilizado ningún criterio o escala para valorar la calidad de los ensayos clínicos incluidos en la revisión sistemática abunda en las limitaciones del estudio.

La ausencia de definiciones sobre la incidencia de infecciones también limita la interpretación de los resultados.

La mortalidad de esta serie de enfermos está en el rango bajo (8% en el grupo de nutrición precoz y 11,5% en el grupo de nutrición tardía) de la descrita en pacientes críticos.

**Otras referencias**

Montejo JC, Jiménez J, Ordóñez J, Caparrós T, García A, Ortiz C y Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC. Complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral en el paciente crítico. *Med Intensiva* 2001;25:152-60.

**Glosario**

**RR (riesgo relativo):** es el cociente entre el riesgo de que ocurra un suceso en el grupo tratado dividido por el riesgo de que ocurra el suceso en el grupo control (habitualmente placebo).

**RRR (reducción relativa del riesgo):** es la reducción proporcional en el riesgo de que ocurra un hecho adverso (p. ej., muerte) expresada en porcentaje. Se calcula  $(1 - RR) * 100\%$ .

**RRA (reducción absoluta del riesgo):** es la diferencia entre el riesgo de que ocurra un hecho adverso en el grupo control menos el riesgo en el grupo tratado expresada en porcentaje. Se calcula  $(R_c - R_t) * 100$ .

**NNT (número necesario para tratar):** es el número de pacientes que hay que tratar para prevenir un efecto adverso. Se calcula  $100/RRA$ .

**NNP (número necesario para perjudicar):** es el número de pacientes que hay que tratar para provocar un efecto adverso.