

## Guías ESPEN de nutrición enteral: cuidados intensivos.

K.G. Kreyman<sup>a,\_,</sup>, M.M. Berger<sup>b,</sup>, N.E.P. Deutz<sup>c,</sup>, M. Hiesmayr<sup>d,</sup>, P. Jolliet<sup>e,</sup>,  
G. Kazandjiev<sup>f,</sup>, G. Nitenberg<sup>g,</sup>, G. van den Berghe<sup>h,</sup>, J. Wernerman<sup>i,</sup>,  
DGEM (German Society for Nutritional Medicine): C. Ebner, W. Hartl, C. Heymann, C. Spies

<sup>a</sup>Department of Intensive Care Medicine, University Hospital Eppendorf, Hamburg, Germany

<sup>b</sup>Soins Intensifs Chirurgicaux et Centre des Brûlés, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)-BH 08.660, Lausanne, Switzerland

<sup>c</sup>Department of Surgery, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

<sup>d</sup>Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

<sup>e</sup>Department of Intensive Care, University Hospital Geneva, Geneva, Switzerland

<sup>f</sup>Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Military Medical University, Sofia, Bulgaria

<sup>g</sup>Department of Anaesthesia, Intensive Care and Infectious Diseases, Institut Gustave-Roussy, Villejuif, France

<sup>h</sup>Department of Intensive Care Medicine, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium

<sup>i</sup>Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Karolinska University Hospital, Huddinge, Stockholm, Sweden

### Sistema de clasificación utilizado en estas guías

A	Ia	La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, aleatorizados, bien diseñados.
	Ib	La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.
B	IIa	La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.
	IIb	La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse
	III	La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.
C	IV	La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.

### 1. ¿Cuándo la nutrición enteral debería indicarse en los pacientes de cuidados intensivos?

*Todos los pacientes en quienes se espera que no reciban una dieta oral completa en los próximos tres días deberían recibir NE (Grado C)*

### 2. ¿La nutrición enteral precoz (< 24-48 hs) es superior a la nutrición indicada más tardíamente?

COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL Y METABÓLICO  
SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

*La evidencia a favor de la NE precoz no es tan fuerte como propugnan algunos autores. No obstante, el comité de expertos opina que los pacientes hemodinámicamente estables, con un aparato gastrointestinal funcionando, deben ser alimentados precozmente (< 24 hs) si es posible, con un volumen apropiado (Grado C).*

### **3. Qué cantidad de NE deberían recibir los pacientes críticos?**

*No se puede hacer una recomendación general, debe adecuarse a la evolución de la enfermedad y a la tolerancia digestiva. Durante la fase aguda de la enfermedad crítica un aporte superior a 20–25 Kcal/kg puede estar asociado a peores resultados (Grado C). Durante la fase anabólica de recuperación el objetivo es proveer 25-30 Kcal/kg (Grado C). Los pacientes con desnutrición severa deberían recibir por vía enteral más de 25-30 Kcal/kg. Si estos objetivos no pueden alcanzarse considere suplemento con NP (Grado C)*

### **4.Cuál es la vía preferida para la administración de NE?**

*No hay diferencia significativa en la eficacia de de la alimentación yeyunal vs gástrica en los pacientes críticos. (Grado C)*

### **5. Son las fórmulas peptídicas superiores a las poliméricas?**

*No se ha podido observar ninguna ventaja clínica con las fórmulas peptídicas en los pacientes críticos. Las fórmulas poliméricas son apropiadas en la mayoría de los pacientes. (Grado C).*

### **6. Cuándo debería usarse agentes prokinéticos en los pacientes críticos?**

*Considere la administración IV de metoclopramida o eritromicina en pacientes con intolerancia a NE por ej. alto residuo gástrico (Grado C).*

### **7. Debería preferirse la via enteral a la NP?**

*Los pacientes que toleran la nutrición enteral deben recibirla por esa vía. (Grado C).*

### **8. En qué circunstancias y bajo qué condiciones la ruta enteral debería suplementarse con nutrición parenteral?**

*Los pacientes que toleran NE y alcanzan, aproximadamente, el objetivo calórico no deben recibir NP (Grado A)*

*Los pacientes que no alcanzan el objetivo calórico por vía enteral deben recibir suplemento parenteral (Grado C) En estos casos es recomendable ser cuidadosos con el aporte parenteral, no excediendo las necesidades (Grado C). Debe evitarse la “sobrealimentación”.*

**9. Los pacientes vulnerables (desnutridos o con enfermedades hipercatabólicas crónicas) deberían tratarse de una manera diferente?**

*Los pacientes con desnutrición severa deben recibir aportes por encima de 25-30 Kcal./Kg./día. Si este objetivo no es alcanzado debe indicarse NP suplementaria (Grado C)*

**10. Las fórmulas inmunomoduladoras enriquecidas con arginina, nucleótidos y ácidos grasos  $\omega$ -3 son superiores a las fórmulas estándar en algún subgrupo de pacientes críticos?**

*10.1 En los pacientes de cirugía digestiva alta electiva: sí (Grado A)*

*10.2 Los pacientes con sepsis leve (APACHE II <15) deberían recibir formulas inmunomoduladoras por vía enteral.*

*No se han establecidos beneficios en los pacientes con sepsis severa, en quienes las fórmulas inmunomoduladoras pueden ser peligrosas y por lo tanto no son recomendadas. (Grado B).*

*10.3 Trauma: sí (Grado A)*

*10.4 Quemados: no hay suficientes datos para recomendar la suplementación con arginina, glutamina, nucleótidos y ácidos grasos  $\omega$ -3 en los pacientes quemados. Los elementos traza (Cu, Se y Zn) deberían suplementarse en cantidades más altas que las estándar (Grado A)*

*10.5 ARDS: Los pacientes con ARDS deberían recibir NE enriquecida con ácidos grasos  $\omega$ -3 y antioxidantes (Grado B).*

*10.6 Los pacientes de terapia intensiva con enfermedad muy severa y que no toleran más de 700 ml de NE por día no deberían recibir fórmulas enriquecidas con arginina, nucleótidos y ácidos grasos  $\omega$ -3 (Grado B).*

**12. La nutrición enteral debería suplementarse con glutamina?**

*12.1 La glutamina debe ser adicionada a las formulas enterales estándar en los pacientes quemados (Grado A) y politraumatizados (Grado A)*

*12.2 No hay suficientes datos para justificar el uso de glutamina como suplemento enteral en la población quirúrgica ó general de terapia intensiva*