

Nutrición artificial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos

Sr. Editor:

El soporte nutricional constituye una herramienta básica en el tratamiento del niño ingresado en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y su empleo juicioso conduce a una disminución de las tasas de morbimortalidad.

Pérez-Navero et al¹ muestran en su interesante aportación la gran variabilidad que presenta la práctica de la nutrición artificial en las UCIP españolas¹. No podemos estar de acuerdo, sin embargo, con sus conclusiones, ni tanto por el tipo de estudio escogido (observacional descriptivo) ni por los resultados presentados.

Los autores sólo analizan 165 de los 769 pacientes ingresados, y desconocen si la muestra es representativa del total de la población, pues no se detallan las características epidemiológicas de los pacientes no incluidos en el estudio.

No se aprecian diferencias significativas ni en el número de órganos y sistemas afectados, ni en la gravedad de los pacientes valorada mediante el PRIMS-III, por lo que no se puede inferir cuáles fueron los criterios para elegir una u otra forma de soporte nutricional.

Llama la atención que en 59 de los 106 casos que recibieron nutrición enteral (NE) se utilizaran bloqueadores H₂, inhibidores de la bomba de protones y sucralfato frente a ningún paciente en el grupo de nutrición parenteral (NP).

La interpretación del día de inicio de la nutrición artificial resulta confusa, pues como media los pacientes tardan 5,6 días desde el ingreso en la UCIP en el grupo de NE frente a los 2,9 días en los pacientes con NP. Sin embargo, el aporte calórico máximo se consigue a los 6,7 días en el grupo con NE y a los 6,4 días en el grupo de NP, lo cual implicaría un protocolo de avance rápido de la NE, a pesar de que sólo en el 16% de los niños se utilizó una alimentación pospilórica. Por el contrario, el avance en los aportes en la NP es mucho más lento que las tendencias actuales². Además, los aportes de glucosa máximos (19,6 g/kg/día) alcanzados están por encima de la capacidad oxidativa máxima (con una desviación estándar posiblemente equivocada [39,8 g/kg/día]), pues llevaría a alcanzarse aportes de ¡hasta 50 g/kg/día!), y los aportes de lípidos también por encima de las recomendaciones al uso³.

Tampoco las complicaciones, en la forma en que están presentadas, ayudan a inclinarse por uno u otro tipo de soporte nutricional, pues se desconoce la tasa de incidencia y sólo se presentan como números absolutos. La falta de definición de las complicaciones complica aún más la comparación.

Con la redacción actual parecería que en el 50% de los pacientes con NE y en el 32,5% de los que reciben NP el motivo de su finalización fue el alta desde la UCIP, sin ningún otro criterio de adecuación de la necesidad de mantener o retirar el tratamiento nutricional.

Coincidimos con los autores en el uso creciente de la NE precoz en el paciente pediátrico grave. Se han publicado buenos ejemplos en ANALES DE PEDIATRÍA por el grupo de la UCIP del Hospital Gregorio Marañón de Madrid^{4,5}. Sin embargo, los resultados de este estudio que Pérez-Navero et al no permiten corroborar esta afirmación. Por otra parte, no hemos observado una disminución en el uso de la NP en el paciente pediátrico grave^{6,7}.

Para algunos autores la necesidad de usar agentes presores o fármacos vasoactivos en dosis elevadas sería una contraindicación relativa para el uso de NE a, al menos, sería un factor que condiciona una peor tolerancia digestiva. Se necesita el soporte de estudios clínicos rigurosos para poner en evidencia lo que parece una medida de sentido común.

Indudablemente, en el manejo nutricional del paciente pediátrico crítico queda mucho camino por recorrer. Desde el conocimiento preciso de las necesidades nutricionales^{8,9}, hasta la elección del tipo de soporte nutricional, el uso de nutrientes específicos, etc. Lamentablemente existen pocos estudios clínicos en niños que permitan resolver estas cuestiones basados en las pruebas científicas. La creación de un Grupo de Trabajo de Nutrición de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos puede ser el marco ideal para la puesta en marcha de estudios multicéntricos, controlados, para resolver estas cuestiones.

J.M. Moreno Villares

Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. J.M. Moreno Villares.
Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitario 12 de
Octubre. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Navero JL, Dorao Martínez-Romillo P, López-Herce Cid J, Ibarra de la Rosa I, Pujol Jover M, Hermana Tezanos MT, y Grupo de Trabajo de Nutrición de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Nutrición artificial en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:105-12.
2. Shulman RJ, Phillips S. Parenteral nutrition in infants and children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003;36:87-607.
3. Martínez Costa C, Sierra C, Pedrón Giner C, Moreno Villares JM, Lama Moré R, Codoceo R. Nutrición enteral y parenteral en pediatría. *An Esp Pediatr*. 2000;52 Supl 3:1-33.
4. Sánchez Sánchez C, López Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Bustinza Arriortúa A, Sancho Pérez L, Vigil Escribano D. Nutrición enteral transpilórica en el niño críticamente enfermo (I): técnica e indicaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:19-24.
5. Sánchez Sánchez C, López Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Bustinza Arriortúa A, Sancho Pérez L, Vigil Escribano D. Nutrición enteral transpilórica en el niño críticamente enfermo (I): complicaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:25-30.
6. Moreno Villares JM, Fernández Carrión F, Sánchez Díaz JI, Gomis Muñoz P, León Sanz M. Uso actual de la nutrición parenteral en un hospital pediátrico. Comparación con la práctica hace 8 años. *Nutr Hosp*. 2005;20:46-51.
7. Suita S, Yamanouchi T, Masumoto K, Ogita K, Nakamura M, Taguchi S. Changing profile of parenteral nutrition in paediatric surgery: A 30-year experience at one institution. *Surgery*. 2002;131:S275-82.
8. Taylor RM, Cheeseman P, Preedy V, Baker AJ, Grimble G. Can energy expenditure be predicted in critically ill children? *Pediatr Crit Care Med*. 2003;4:176-80.
9. Vázquez Martínez JL, Dorao Martínez-Romillo P, Díez Sebastián J, Ruza Tarrío F. Predicted versus measured energy expenditure by continuous, online indirect calorimetry in ventilated, critically ill children during early postinjury period. *Pediatr Crit Care Med*. 2004;5:19-27.