

Nutrición enteral transpilórica en el niño críticamente enfermo

Sr. Editor:

El grupo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Gregorio Marañón de Madrid tiene una amplia experiencia demostrada en nutrición enteral en el paciente pediátrico crítico, como bien se manifiesta, entre otros, en los dos artículos recientemente publicados en *ANALES DE PEDIATRÍA*^{1,2}. La nutrición enteral precoz en el paciente pediátrico crítico es todavía una asignatura pendiente en muchos de nuestros centros.

Sin embargo, de su lectura surgen varias preguntas:

1. Refieren los autores que en su serie la nutrición enteral transpilórica (NET) constituye la forma de alimentación del 8,4 % de los niños ingresados en la UCIP en el período de estudio y no se comunica cuál fue la vía de alimentación en el resto. Tampoco se señala si la frecuencia de uso de la NET ha cambiado con el tiempo considerando por ejemplo el porcentaje de pacientes ingresados en la UCIP que reciben NET. Desconocemos si esto significa una disminución en el uso de la nutrición parenteral. En nuestra experiencia, a pesar del uso creciente de la NET, la frecuencia de uso de la nutrición parenteral ha permanecido sin cambios a lo largo de los últimos 10 años³.

2. Casi dos tercios de los pacientes habían sido intervenidos de una cardiopatía congénita y sólo alrededor del 6 % son pacientes posquirúrgicos de otra causa, por lo que no pueden extrapolarse los excelentes resultados publicados a otro tipo de pacientes quirúrgicos distintos de los cardiopatas.

3. Desconocemos el tiempo que requirieron para alcanzar los aportes energéticos y proteicos estimados, aunque si como media la NET se inició a los 5,3 días de la cirugía y se tardó entre 24 y 48 h en alcanzar esos aportes, puede entenderse que permanecieron un mínimo de 7 días sin soporte nutricional, período quizás excesivamente prolongado sobre todo en neonatos (menores de 28 días de edad). Se desconoce además el tipo de alimentación o el período de ayuno previo en los pacientes con cirugía programada, sobre todo en el caso de las cardiopatías.

4. Como bien señalan los autores, una de las dificultades mayores es conocer los requerimientos del paciente pediátrico crítico. La calorimetría indirecta puede constituir una herramienta apreciable en esta tarea, aunque lamentablemente no esté al alcance de la mayoría de centros. Se han diseñado diversas fórmulas para estimar el gasto energético basal en el paciente pediátrico^{4,5}. Cuando los autores se refieren a un aporte de 100 kcal por 100 kcal metabolizadas/día, ¿cómo determinan esa medida?

5. En el postoperatorio de muchas cardiopatías congénitas, la restricción de volumen constituye una verdadera limitación para conseguir un adecuado aporte de energía y nutrientes. Las estrategias para conseguir esos aportes en un volumen restringido pasan por el uso de dietas poliméricas pediátricas que proporcionan entre 1 y 1,5 kcal/ml con una correcta distribución de nutrientes y una osmolaridad aceptable. En nuestra práctica su uso sin problemas puede llevarse a cabo a partir del año de edad. Sin embargo, en el grupo de edad por debajo del año sólo pueden usarse fórmulas infantiles o bien más concentradas, con el aumento consiguiente de la osmolaridad o añadiendo módulos nutricionales a riesgo de desequilibrar la distribución calórica entre los nutrientes⁶. Se abre la posibilidad de disponer, como

en otros mercados, de fórmulas infantiles de mayor contenido calórico (\cong 1 kcal/ml).

6. La exposición detallada de las complicaciones abunda en la línea de la seguridad que esta técnica de alimentación supone. Los autores refieren una incidencia de shock en casi el 10 % de sus pacientes, con repercusión orgánica importante en más de la mitad de ellos. No está claro si la aparición de shock llevó a una suspensión, al menos transitoria, de la NET al considerar la hipoperfusión intestinal secundaria al shock como un factor de riesgo de desarrollar enterocolitis necrosante.

Por encima de todo, mi enhorabuena por su decidida apuesta por el soporte nutricional del paciente pediátrico crítico.

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 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, km 5,400. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: jmoro.hdoc@salud.madrid.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Sánchez C, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Bustinza Arriortúa A, Sancho Pérez L, Vigil Escibano D. Nutrición enteral transpilórica en el niño críticamente enfermo (I): técnica e indicaciones. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:19-24.
2. Sánchez Sánchez C, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Bustinza Arriortúa A, Sancho Pérez L, Vigil Escibano D. Nutrición enteral transpilórica en el niño críticamente enfermo (II): complicaciones. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:25-30.
3. Fernández Carrión F, Moreno JM, Gomis P, Sánchez Díaz JI. Patrón de utilización de la nutrición parenteral intrahospitalaria en pediatría. Cambios en el último decenio. XV Congreso Latinoamericano y VI Congreso Iberoamericano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Madrid, 9 a 11 de junio de 2003.
4. Pierro A, Jones MO, Hammond P, Donnell SC, Lloyd DA. A new equation to predict the resting energy expenditure of surgical infants. *J Pediatr Surg* 1994;29:1103-8.
5. White MS, Sheperd RW, McEniery JA. Energy expenditure in 100 ventilated, critically ill children: Improving the accuracy of predictive equations. *Crit Care Med* 2000;28:2307-12.
6. Moreno Villares JM, Oliveros Leal L, Galiano Segovia MJ. Cómo enriquecer la alimentación del lactante: el uso de los módulos nutricionales. *Acta Pediatr Esp* 2003;61:406-12.