

# Early nasogastric tube feeding versus nil-by-mouth in mild to moderate acute pancreatitis: a randomized controlled trial

## Clinical Nutrition 2013. Publicación online

**Autores:** Maxim S. Petrov , Kerry McIlroy , Lorraine Grayson , Anthony R.J. Phillips, John A. Windsor  
**Link** de acceso libre y gratuito: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.12.011>

### INTRODUCCIÓN DEL COMENTADOR

El manejo de la Pancreatitis Aguda (PA) ha cambiado en los últimos años en la medida en que se obtiene información de las ventajas de algunos aspectos terapéuticos, aunque varios paradigmas aún persisten y son difíciles de erradicar, entre ellos la preferencia por la alimentación parenteral total.

El presente estudio muestra que el inicio de alimentación a través de una sonda nasogástrica (SNG) dentro de las primeras 24 horas tiene una disminución significativa de la intensidad del dolor abdominal, de la necesidad de opiáceos y del tiempo de realimentación oral hasta el alta hospitalaria. Además se acorta el tiempo desde la admisión hasta la tolerancia de alimentos por vía oral y el tiempo de realimentación oral en aquellos pacientes que tienen dolor abdominal grave inicial.

### OBJETIVO

La alimentación por sonda nasoyeyunal es una terapéutica estándar en el cuidado en los pacientes con PA moderada y severa. Varios estudios recientes sugieren que la alimentación por SNG en éstos pacientes es tan segura y eficaz como la alimentación nasoyeyunal. El objetivo de éste estudio fue investigar si la SNG presenta algún beneficio en los pacientes con PA leve o moderada.

### DISEÑO

El diseño fue prospectivo, controlado y aleatorizado. Los pacientes se dividieron en dos grupos, sin diferencias significativas en términos demográficos, antropométricos o datos de laboratorio.

### RESULTADOS

Un total de 35 pacientes ingresados dentro de las primeras 24 horas en el Hospital de Auckland, Nueva Zelanda, con diagnóstico de PA fueron designados para dicho estudio.

- **Grupo de Intervención:** 17 pacientes asignados al azar que inicialmente se indicó nada por vía oral (NPO) pero, recibieron alimentación con fórmula semi-elemental a través de SNG dentro de las primeras 24 horas de admisión hospitalaria, con un volumen de 25 ml/ hora que fue incrementando por etapas hasta llegar a 100 ml/hora y que continuó hasta la decisión del equipo tratante de comenzar por alimentación por vía oral.
- **Grupo Control:** 18 pacientes recibieron una indicación NPO hasta la decisión del equipo tratante de comenzar por líquidos por vía oral y luego alimentos sólidos.

### ESTADÍA HOSPITALARIA:

La estadía hospitalaria en el grupo de SNG fue **9** (entre 5 a 12) días, comparado con **8,5** (6 a 13) días en el grupo NPO.



#### DOLOR Y REQUERIMIENTO DE OPIÁCEOS:

El número de pacientes que no requirió opiáceos a las primeras 48 horas fue significativamente diferente en el grupo SNG **9/17** y en el grupo NPO **3/18**. El dolor disminuyó en ambos grupos en las primeras 72 horas luego de la randomización y disminuyó significativamente en el grupo de SNG en comparación que el grupo NPO. Un total de **13** pacientes en SNG y **14** pacientes en el grupo NPO presentaron severidad de dolor abdominal. Un paciente del grupo de SNG y dos del grupo NPO requirieron readmisión hospitalaria.

#### INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS POR VÍA ORAL:

Se observó en **1/17** pacientes en el grupo SNG y **9/18** en el grupo NPO. El tiempo desde la admisión hasta la tolerancia de alimento por vía oral fue de **5** días en el grupo SNG y 7 días en el grupo NPO. El tiempo desde la introducción de la realimentación oral hasta el alta hospitalaria fue de **3** (1-6,5) días en el grupo SNG y **4** días en el grupo NPO ( $p = 0,370$ ).

#### CONCLUSION

La alimentación por SNG administrada dentro de las primeras 24 horas de admisión en pacientes con PA leve y moderada es bien tolerada. Además cuando la comparamos con NPO reduce significativamente la intensidad y duración del dolor, necesidad de opiáceos, el riesgo de intolerancia a la alimentación por vía oral, pero, no modifica los días de la estadía hospitalaria.



Este trabajo, es el primer ensayo aleatorizado que compara la alimentación enteral nasogástrica, con una alimentación convencional en pacientes con PA leve a moderada.

**En el presente estudio hay una serie de consideraciones que deberán tenerse en cuenta:**

La indicación del soporte nutricional en pacientes con PA leve a moderada entraría en conflicto con las directrices actuales propuestas para el manejo de éstos pacientes, las que muestran que en principio no es necesario dar Nutrición Enteral (NE). La American College of Gastroenterology propone reiniciar la dieta por vía oral cuando el paciente no precise opiáceos, no refiera náuseas o vómitos y presente una exploración con ruidos hidroaéreos presente sin dolor abdominal. ESPEN sugiere hacerlo cuando el paciente no refiera dolor y las enzimas pancreáticas estén en descenso, insistiendo que sea lo más precoz posible. Esta falta de criterio unificado se debe a que no hay ensayos controlados que valoren los datos clínicos y analíticos que habitualmente se emplean a la hora de decidir probar tolerancia oral.

Según el Consenso Internacional del 2012:

1. Pacientes con PA que están en riesgo nutricional deben ser evaluados. (Grado B:)
2. Pacientes con Pancreatitis leve a moderada, con un avance gradual a la dieta (por lo general dentro de 3-4 días) (Grado C)

La necesidad de indicar soporte nutricional (enteral o parenteral) deberá basarse en:

3. Grado de severidad de la enfermedad y el estado nutricional del paciente. (Grado A)
4. El Soporte nutricional debe ser considerado en cualquier paciente, independientemente de la gravedad de la enfermedad, si la duración prevista de NPO será mayor de 5 a 7 días. (Grado B)
5. El Soporte Nutricional está indicado en PA severa (Grado A)

Sin duda, lo verdaderamente interesante en este campo es lo mucho que queda aún por delante. Muchas preguntas que quedan por responder y que pueden modificar el manejo de la PA en los próximos años. Pero hoy, debemos manejarnos por lo que dicen las guías de práctica clínica para el manejo de los pacientes con PA, un proceso que combina el nivel de evidencia de la literatura con el consenso de la opinión a través de múltiples informes que ofrece "directrices globales" para ayudar a los profesionales en el tratamiento nutricional del paciente con PA.

**COMENTADOR:**

**Lic. Nutr. Marisa Canicoba  
Experta en Soporte Nutricional**

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Petrov MS. Predicting the severity of acute pancreatitis: choose the right horse before hitching the cart. Dig Dis Sci Dec 2011;56(12):3402
- 2) Mirtallo JM, Forbes A, McClave SA, Jensen GL, Waitzberg DL, Davies AR, Pancreatitis Task Force IC. International consensus guidelines for nutrition therapy in Pancreatitis. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2012 Mar 28 [Epub ahead of print]
- 3) García Alonso, FJ, Garrido Gómez E. Botella Carretero Ji, Pérez Lasala J, Cano Ruiz A, Moreira Vicente. Revisión Nutrición En Pancreatitis Aguda. Nutr. Hosp. 2012;27(2) 333.340
- 4) Meier R, Ockenga J, Pertkiewicz M, Pap A, Milinic N, Macfie J; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Löser C, Keim V; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN guidelines on enteral nutrition: pancreas. Clin Nutr. 2006;25(2):275-284.

