

NUTRICIÓN ENTERAL, INDICACIONES Y SEGUIMIENTO

La nutrición enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional por la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo en pacientes cuyos requerimientos de nutrientes no son cubiertos adecuadamente, actuando sobre la prevención de la malnutrición y la corrección de ésta cuando ya existe.

Indicaciones generales

Está indicada en aquellos pacientes que no pueden o no deben alcanzar unos requerimientos adecuados mediante la ingesta oral y mantienen un tracto gastrointestinal funcional y accesible.

Contraindicaciones

Cuando el tracto gastrointestinal no sea funcional ni accesible o se requiera mantener en reposo:

- Peritonitis difusa
- Ileo paralítico
- Vómitos incoercibles
- Hemorragia digestiva aguda
- Isquemia gastrointestinal
- Shock séptico o hipovolémico
- Fístulas entéricas de débito alto
- Perforación intestinal

Vías de acceso

La selección de la vía de acceso depende de la duración estimada del soporte nutricional y del funcionamiento de los distintos tramos del tubo digestivo. Puede hacerse a través de:

Vía oral

La administración se realiza a través de la boca. Este tipo de alimentación requiere la colaboración del paciente ya que precisa de su voluntad para nutrirse. Necesita pacientes estables, con reflejos de deglución conservados y que cooperen con todas las indicaciones que puedan recibir. Se utilizarán preparados que tengan olor y sabor agradables. Se utilizará para nutrición completa o bien para suplemento alimenticio si la ingesta es insuficiente.

Por sondas

La introducción de nutrientes en el organismo es independiente de la voluntad del paciente. Puede realizarse a través de:

- Sonda nasogástrica
- Sonda nasoduodenal
- Sonda nasoyeyunal
- Sonda nasogástrico-yeyunal, de doble luz, una de ellas termina en el estómago y la otra en el yeyuno, que permite simultanear la aspiración y descompresión gástrica con la nutrición a nivel intestinal.

Mediante la colocación quirúrgica, radiológica o endoscópica de una sonda para la nutrición o descompresión. Está indicada cuando se prevé un tiempo de administración de la NE superior a 4 ó 6 semanas, especialmente en nutrición enteral domiciliaria o cuando no se hallen disponibles o sea dificultoso mantener las vías nasoentéricas.

Cuidados y seguimiento de la nutrición enteral

El seguimiento de la NE tiene por objetivos evaluar la eficacia nutricional de la prescripción, detectar las posibles alteraciones mecánicas y químicas originadas por el material y las técnicas empleadas y resolver las complicaciones producidas tanto por la propia nutrición artificial como por la malnutrición energética y proteica que suelen presentar estos pacientes. Incluye controles diarios del estado nutricional y de la evolución clínica del paciente.

Los cuidados de enfermería imprescindibles en el paciente con NE son:

Selección y utilización del material

- Selección de una sonda de poliuretano de calibre adecuado (8 –14fr).
- Comprobación de la correcta posición de la sonda mediante radiografía (en su defecto por al menos dos técnicas indirectas) antes de iniciar la nutrición enteral y antes de cada toma de alimentación.
- Movilización y fijación de la sonda.
- Comprobación de la velocidad correcta de administración.
- Limpieza de la sonda con agua templada antes y después de cada toma de alimentación, de la medicación, después de la aspiración de residuos gástricos y cada 6 horas en casos de administración continua.
- Cambio de los sistemas de infusión según las indicaciones del médico.

Cuidados de piel y mucosas

- Prevención de lesiones por presión y limpieza de escaras a nivel de orificios nasales, boca y ostomías de alimentación.

Prevención de broncoaspiración

- El paciente estará sentado o incorporado a más de 30 grados mientras recibe la NE y como mínimo 30 minutos después de finalizada ésta.
- En los pacientes con riesgo se administrará la dieta en infusión continua con bomba de infusión.

- Se aspirará el contenido gástrico, al menos inicialmente, antes de la primera toma del día y cada 6 a 8 horas.
- Si el aspirado gástrico es mayor de 150 ml, se suspenderá la infusión y se volverá a comprobar después de una hora sin alimentación. Si el contenido gástrico ha disminuido se reanudará la nutrición a la mitad del ritmo prescrito. Si el aspirado gástrico sigue siendo mayor de 150 ml se suspenderá la nutrición y se avisará al médico para que valore la actuación a seguir según las características del paciente.
- Si la toma queda retrasada por cualquier motivo, no se aumentará la velocidad de infusión.

Controles

- Controles habituales del enfermo hospitalizado.
- Peso al menos una vez por semana.
- Aporte real suministrado de la dieta.
- Aporte de líquidos totales por sonda (u otras vías enterales), vía parenteral (sueros, medicación).
- Diuresis diaria, al menos al inicio.
- Deposiciones (número, tipo, volumen).
- Vómitos (número, tipo, volumen).
- Cuantificación de otras pérdidas: drenajes, fistulas.
- Control del residuo gástrico.
- Existencia de dolor o distensión abdominal.
- Existencia de edemas o signos de deshidratación.

La valoración del estado nutricional se llevará a cabo por el personal de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Se realizará al comienzo del tratamiento para determinar si existe malnutrición energético-proteica y el grado de la misma. Se repetirá con una periodicidad variable, en función de los resultados iniciales obtenidos y de la evolución clínica del paciente.

En el seguimiento médico del paciente con NE es especialmente importante la valoración clínica de los siguientes aspectos:

Estado de hidratación

- Diuresis, balance hídrico, sed, sequedad de piel y mucosas, edemas.

Factores que modifican las necesidades de agua y nutrientes

- Complicaciones cardíacas, insuficiencia renal, fiebre, infección, pérdidas digestivas (diarrea, vómitos, fistulas), pérdidas extradigestivas (drenaje pleural, exudado por ulceraciones cutáneas extensas, quemaduras, etc.).
- Prevención del síndrome de realimentación en pacientes de riesgo:
 - Tratar las alteraciones hidroelectrolíticas antes de iniciar la alimentación.
 - Determinar los niveles séricos de potasio, fósforo y magnesio, y tratar su déficit si existe.
 - Iniciar la realimentación aportando el 100% o más de las necesidades de micronutrientes (especialmente de tiamina, fósforo, potasio, magnesio y zinc) y, de forma progresiva, según tolerancia (en 48-72 horas) las necesidades en energía y macronutrientes.

- Determinar cada 24-48 horas los niveles sanguíneos de potasio, fósforo, magnesio, además de los parámetros bioquímicos de rutina.
- Controlar diariamente el balance hídrico y la aparición de signos clínicos de deshidratación, hiperhidratación e insuficiencia cardíaca.

Alteraciones de la función digestiva

- Dolor o distensión abdominal, meteorismo, íleo paralítico, gastroparesia, vómitos, regurgitaciones, diarrea.

Signos físicos de malnutrición energético-proteica

- Alteraciones en piel y faneras, masa y fuerza muscular y peso corporal.

Parámetros analíticos

- Hemograma y bioquímica general una vez a la semana.

Evolución del estado nutricional

- Parámetros antropométricos y bioquímicos semanalmente.