

Manejo del daño gastrointestinal agudo

Iván Astola Hidalgo

Facultativo Especialista de Área. Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). España
e-mail: iastolahidalgo@gmail.com

La disfunción y el fracaso del tracto gastrointestinal (TGI) es una entidad con un diagnóstico creciente entre los enfermos críticos, como parte del fracaso multiorgánico o incluso como mediador de este. Sabemos que más de la mitad de los pacientes críticos presentan algún grado de disfunción gastrointestinal aguda (DGA) durante su ingreso.

Actualmente disponemos de una clasificación de DGA según su severidad y por lo tanto podemos actuar en consecuencia optimizando el manejo de esta disfunción orgánica:

DGA grado I (Riesgo de desarrollar disfunción gastrointestinal o fracaso). En estos casos, tras mejorar la situación inicial del paciente, sue-

len mejorar los síntomas gastrointestinales y no suelen precisar intervención específica sobre el sistema gastrointestinal. En esta fase, salvo contraindicaciones, se recomienda la Nutrición enteral (NE) precoz (24-48h desde el ingreso) ya que podría evitar la aparición de gastroparesia relacionada con el ayuno. También es recomendable minimizar las dosis de agentes que favorecen el íleo del TGI (Opiáceos, catecolaminas, etc).

DGA grado II (Disfunción gastrointestinal sin repercusión en el estado general del paciente). En esta etapa se deben tomar medidas para que la disfunción gastrointestinal no evolucione a fracaso gastrointestinal, por ejemplo,

tratamiento de la hipertensión intraabdominal (HIA) grado I, así como medidas para reestablecer la motilidad del TGI, como los procinéticos. Se debe iniciar o continuar con la NE pero, en casos en los que haya intolerancia o residuos gástricos elevados, se recomienda mantener una NE trófica, que se trata de una dosis de aproximadamente 20ml/h de NE para evitar las consecuencias del ayuno sobre el epitelio gastrointestinal. En casos de gastroparesia, si los procinéticos no son efectivos, considerar la opción de nutrición postpilórica.

DGA grado III (Fracaso gastrointestinal). En este punto las medidas a tomar se centran en evitar la progresión del fallo intestinal, como por ejemplo la monitorización y tratamiento por objetivos de la HIA. Se debe descartar patología intestinal aguda no diagnosticada (colecistitis, peritonitis, isquemia intestinal...). Si la situación lo permite, mantener NE trófica y valorar la NP a partir del 7º día de ingreso (salvo paciente con desnutrición previa).

DGA grado IV (Fracaso gastrointestinal con impacto severo sobre otros órganos). Dado que representa un problema vital, requiere medidas terapéuticas agresivas como descompresión quirúrgica en caso de síndrome compar-

timental abdominal, laparotomía exploradora o colonoscopia para una descompresión colónica. No se ha demostrado que las medidas conservadoras puedan resolver esta situación. La figura 1 expresa el algoritmo terapéutico a seguir en base al documento de consenso del grupo de trabajo de problemas abdominales de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) publicado en 2012.

Manejo de los residuos gástricos elevados en Cuidados Intensivos: Estado de la cuestión

Históricamente, los residuos gástricos elevados eran sinónimo de disfunción intestinal. Hoy en día, se incluyen en el sistema de clasificación del daño gastrointestinal en el que, si estos son elevados, corresponderían con DGA grados II-III entre otras variables.

El retraso en el vaciamiento gástrico y la intolerancia digestiva son comunes en los pacientes críticos (50-60%). Las causas de la dismotilidad gastrointestinal son multifactoriales comprendiendo desde la hipoperfusión del TGI, edema intestinal, alteraciones hormonales hasta la inhibición de miocitos por las citoquinas. La dismotilidad gastrointestinal lleva a la desnutrición, aumenta el riesgo de broncoas-

Manejo de daño gastrointestinal agudo

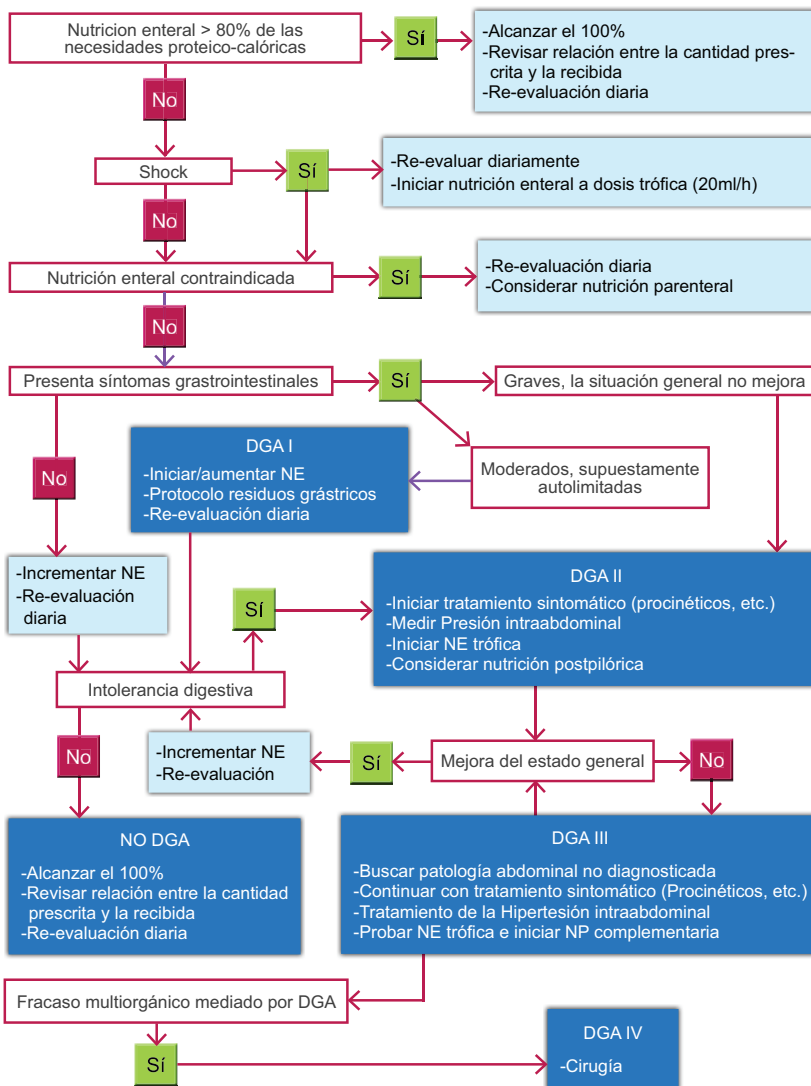


Figura 1: Reintam *et al.* Intensive Care Med. 2012;38:384-94 (Traducción).

piración e incluso el riesgo de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM). De todas formas, la medición de los volúmenes residuales gástricos exclusivamente tiene un valor predictivo limitado para predecir y prevenir la broncoaspiración o la NAVM.

Con respecto a cuál debería de ser el volumen gástrico máximo tolerado durante la nutrición enteral, que no suponga un riesgo para el desarrollo de la NAVM, existe controversia. Incluso el estudio NUTRIREA 1 publicado en 2013 evaluó la necesidad de realizar comprobaciones periódicas del residuo gástrico como medida preventiva al desarrollo de la NAVM. Se incluyeron 452 pacientes, a la mitad se le monitorizaba el residuo gástrico cada 6 horas considerándose intolerancia digestiva residuos >250ml y en el grupo de intervención únicamente se consideraba intolerancia la aparición de vómitos.

Tomando la misma actitud tras el diagnóstico de intolerancia digestiva, no se objetivaron diferencias en el desarrollo de NAVM, otras infecciones, estancia media o mortalidad. En el grupo de intervención se objetivó un aumento del aporte nutricional con respecto al control. El estudio REGANE publicado en 2010 aumentó el límite de residuos gástricos elevados que hasta el momento se encontraba estipulado en torno a 200ml a 500ml. Se incluyeron 322 pacientes, grupo control monitorizando residuos de 200ml y en el de intervención 500ml. No objetivaron diferencias significativas en cuanto al desarrollo de NAVM. La dosis de nutrición aportada era mayor en el grupo de intervención.

Las guías clínicas de la *Society of Critical Care Medicine* y de la *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN/SCCM)* publicadas en 2016 recomiendan no utilizar de forma rutinaria las medidas de residuos gástricos o no suspender la nutrición enteral con residuos menores de 500 ml en ausencia de otros signos de intolerancia. Sin embargo las guías clínicas Canadienses (*The Canadian Critical Care Nutrition Clinical Practice Guidelines*) no recomiendan desestimar la monitorización de

los residuos gástricos y aconsejan realizar una optimización de la nutrición enteral en base a unos residuos entre 250-500ml.

El grupo de trabajo de problemas abdominales de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) en el documento de consenso publicado en 2012 recomienda que la aparición de residuos gástricos mayores de 200ml indica un vaciamiento gástrico lento y se debe evaluar precozmente. No recomiendan suspender la NE automáticamente en caso de presentar residuos entre 200-500ml sin otros signos de intolerancia.

Un metaanálisis de 13 estudios aleatorizados (Lewis *et al.*) publicado en 2016 sobre los procinéticos y la nutrición enteral en los pacientes críticos muestra que el uso de procinéticos (metoclopramida y/o eritromicina) reduce la intolerancia digestiva, facilita el vaciamiento gástrico evitando los residuos elevados y ayuda al adecuado emplazamiento de las sondas postpilóricas. No hay diferencias significativas en la mortalidad, estancia media, en la tasa de vómitos o diarrea. Los procinéticos disminuyen la intolerancia digestiva entre un 62-100% de los casos en las primeras 24h de tratamiento, pero ambas están asociadas con taquiflaxia a

partir del 3º al 6º día. Por lo tanto, se aconsejan pautas cortas de procinéticos (5-7 días).

Con respecto a la sonda postpilórica, se sabe que esta ruta reduce los residuos gástricos elevados y favorece la adherencia a la vía enteral, sin embargo, no se han visto diferencias significativas en cuanto a mortalidad, estancia media, duración de la ventilación mecánica o broncoaspiraciones. Un metaanálisis de 8 ensayos clínicos aleatorizados (Li *et al.*) con un total de 835 pacientes en VM muestra que la nutrición postpilórica reduce significativamente la incidencia de NAVM en comparación con la nutrición gástrica. Sin embargo, otro metaanálisis anterior con 13 estudios aleatorizados (Zhang *et al.*) no encuentra diferencias significativas entre ambas vías con respecto al desarrollo de NAVM. Relativo a esta cuestión, como podemos ver, hay trabajos contradictorios y, dado que la colocación de la sonda postpilórica es más compleja, las guías clínicas toman una actitud conservadora. Las guías europeas (ESPEN) y las ASPEN/SCCM reservan la vía postpilórica para situaciones en las que el paciente presenta residuos gástricos muy elevados con alto riesgo de broncoaspiración. Sin embargo, las guías Canadienses recomiendan

esta vía siempre que sea factible.

Conclusiones

El tracto gastrointestinal juega un papel importante en la evolución de los pacientes críticos, por lo tanto, es fundamental evaluar diariamente su estado, tal y como venimos haciendo con otras disfunciones orgánicas.

El manejo en los grados más leves es sintomático y tiene como objetivo evitar su evolución a grados más severos. Los protocolos de actuación sobre los residuos gástricos son útiles para evitar la desnutrición y favorecer la adherencia a la nutrición enteral en situaciones de DGA.

En los grados más severos de DGA, es imperativo descartar patología intestinal no diagnosticada, así como, en situación de fracaso orgánico derivado del DGA se recomiendan medidas agresivas para su resolución.

Más información en:

Reignier J, Mercier E, Le Gouge A, et al. Effect of not monitoring residual gastric volume on risk of ventilator-associated pneumonia in adults receiving mechanical ventilation and early enteral feeding: a randomized controlled trial. *JAMA* 2013; 309:249–56.

Montejo JC, Miñambres E, Bordejé L, et al. Gastric residual volume during enteral nutrition in ICU patients: the REGANE study. *Intensive Care Med.* 2010; 36:1386-93.

Li Z, Qi J, Zhao X, et al. Risk-benefit profile of gastric vs transpyloric feeding in mechanically ventilated patients: a meta-analysis. *Nutr Clin Pract* 2016; 31:91–8.

Zhang Z, Xu X, Ding J, Ni H. Comparison of postpyloric tube feeding and gastric tube feeding in intensive care unit patients: a meta-analysis. *Nutr Clin Pract* 2013; 28:371–80.

Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de intereses