

Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre

To cure sometimes, to relieve often, to comfort always

Hugo Guillermo Cedrón-Cheng^{1,2,3} 

¹ Editor Principal de la Revista de Gastroenterología del Perú. Lima, Perú.

² Gastroenterólogo Titular y Coordinador del Servicio de Gastroenterología de la Clínica Anglo Americana. Lima, Perú.

³ Profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

Recibido: 18/09/2023 - Aprobado: 20/09/2023

“To cure sometimes, to relieve often, to comfort always”, esta frase fue acuñada por el médico estadounidense, Edward Livingston Trudeau (1848-1915). Trudeau fue el fundador del Sanatorio Adirondack Cottage para el tratamiento de la Tuberculosis en Saranac Lake, Nueva York. Muchos años antes que los medicamentos antituberculosos existiesen, Trudeau ofrecía a sus pacientes el valor del aire fresco, el ejercicio y una buena nutrición; él sabía que, si bien no eran la cura para la tuberculosis, podía ofrecer calidad de vida para sus pacientes.

La nutrición enteral es fisiológica: tiene un efecto trófico sobre el intestino, produce un efecto de barrera, que modula el catabolismo proteico, limita la proliferación de gérmenes y modula el sistema inmunológico, conseguir un aporte nutricional adecuado y seguro, va a facilitar el buen curso clínico de una enfermedad.

Creada por Gauderer y Ponsky en los años 80, la técnica de Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP) se desarrolló como una alternativa mínimamente invasiva para alimentar a niños con severos deterioros neurológicos, y en poco tiempo se volvió la técnica de elección sobre la gastrostomía quirúrgica o radiológica⁽¹⁾. La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal recomienda la GEP a todo paciente que requiere soporte enteral por más de 4 semanas, debido a enfermedades que impidan la ingesta oral, tales como pacientes con enfermedades neurológicas – enfermedad cerebrovascular, Parkinson, traumatismos encefalocraneales – tumores de cabeza y cuello, entre otros⁽²⁾. Colocar un GEP en pacientes con enfermedades irreversibles pero de supervivencia prolongada como la Enfermedad de Parkinson, contribuye a mejorar su

calidad de vida. En pacientes con cuadros potencialmente reversibles, como traumatismos encefalocraneales o accidentes cerebrovasculares, el GEP nos permite mantener una nutrición adecuada, que favorece el proceso de rehabilitación, hasta donde llegado el momento podemos retirarlo.

Nos remontamos al año 2004 en nuestra revista, Yrribery *et al.* nos presentaron la experiencia de 7 años sobre el uso de GEP en una clínica particular, con 103 pacientes, demostrando buena efectividad y sólo dos complicaciones mayores, ambas por reflujo y aspiración a 48 y 72h con mortalidad directa. Sin embargo, en este estudio, la alimentación a través de la sonda se realizó a las 24 horas, inicialmente con agua y líquidos claros, y a las 48 horas con alimentación licuada fraccionada⁽³⁾. El tiempo de inicio de la alimentación por GEP es muy variable entre las series, habitualmente las 24 horas, aunque hay reportes a las 6 horas posteriores al procedimiento⁽⁴⁾.

En el número actual, los invitamos a leer el estudio de Otero-Regino *et al.*⁽⁵⁾, titulado Inicio de nutrición enteral luego de una gastrostomía endoscópica, ¿es necesario esperar?, es un estudio prospectivo, aleatorizado, multicéntrico, donde se demuestra que el reinicio de la alimentación temprana, cuatro horas después de la colocación, es una conducta segura, que no se relaciona con mayor intolerancia a la nutrición, complicaciones o muerte, en comparación con el inicio clásico. El cambio en esta conducta nos puede ayudar a disminuir los tiempos de estancia hospitalaria posteriores al procedimiento, y además a obtener precozmente los beneficios de la nutrición enteral segura.

Citar como: Cedrón-Cheng HG. Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre. *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(3):197-8. doi: 10.47892/rgp.2023.433.1615

En nuestro medio, si bien no tenemos estadísticas claras, muchos pacientes no se benefician del uso de GEP, a pesar de tener indicaciones claras, eso puede explicarse por la poca difusión de la técnica entre médicos neurólogos, intensivistas, internistas y gastroenterólogos en general.

Otro ejemplo de la importancia de una segura nutrición enteral en este número es el artículo de Carlin-Ronquillo *et al.*⁽⁶⁾ Nasogastric versus nasojejunal tube feeding for severe acute pancreatitis: A systematic review of randomized controlled trials. La nutrición enteral precoz en pancreatitis aguda severa preserva la barrera intestinal, reduce la traslocación bacteriana, reduce el riesgo de necrosis peripancreática infecta y por ende mejora el resultado final. Por años, se ha considerado que el páncreas necesita reposo durante un episodio de pancreatitis aguda y por ende la nutrición enteral sólo se debe llevar a cabo con sonda nasoyeyunal. En esta revisión sistemática de cuatro estudios randomizados controlados, se demuestra que no hay una diferencia significativa entre el uso de sonda nasogástrica versus sonda nasoyeyunal con relación a resultados y complicaciones. Si bien faltan estudios de mayor potencia para una sugerencia definitiva, la idea de dar la alimentación por sonda nasogástrica facilita la inserción, disminuye el tiempo de espera para el inicio de la nutrición y disminuye los costos inherentes al procedimiento.

Finalmente, del 8 al 11 de octubre, se estará llevando a cabo, la Semana Panamericana de Enfermedades Digestivas (SPED) en el Centro de Convenciones Centro Parque de Santiago de Chile, y la Revista de Gastroenterología del Perú, como Órgano Oficial de la Organización Panamericana de Gastroenterología, ha publicado un suplemento donde podemos encontrar todos los abstract presentados al Congreso. Los invitamos a revisarlos, y comentarlos en nuestro siguiente número.

REFERENCIAS

1. Ponsky JL. Percutaneous endoscopic gastrostomy: after 40 years. *Gastrointest Endosc.* 2021 May;93(5):1086-1087. doi: 10.1016/j.gie.2020.09.036.
2. Arvanitakis M, Gkolfakis P, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, *et al.* Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1: Definitions and indications. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy.* 2021 Jan;53(1):81-92. doi: 10.1055/a-1303-7449.
3. Yriberry Ureña S, Monge Zapata V, Salazar Cabrera F, Barriga Calle E, Vesco Monteagudo E. Gastrostomía endoscópica percutánea: Experiencia prospectiva de un centro privado nacional. *Rev Gastroenterol. Peru.* 2004;24(4):314-322.
4. Pereira Cunill JL, García Luna PP. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102(10):609-609.
5. Otero-Regino W, Marulanda-Fernández H, Jaramillo-Trujillo G, Otero-Parra L, Parga-Bermúdez J, Vera-Polanía F, *et al.* Inicio de nutrición enteral luego de una gastrostomía endoscópica, ¿es necesario esperar? *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(3):199-206. doi: 10.47892/rgp.2023.433.1552.
6. Carlin-Ronquillo A, Benites-Goñi H, Diaz-Arocutipa C, Alosilla Sandoval P, Piscocoya-Rivera A, Calixto L, *et al.* Nasogastric versus nasojejunal tube feeding for severe acute pancreatitis: A systematic review of randomized controlled trials. *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(3):206-15. doi: 10.47892/rgp.2023.433.1542.

Correspondencia:

Hugo Guillermo Cedrón Cheng
Clínica Anglo Americana – Alfredo Salazar 350 – San Isidro.
Teléfono: +51 6168900 anexo 4210.
E-mail: hcedron@gmail.com