

Pregunta 5. En adultos con diagnóstico de desnutrición, ¿se debe proveer soporte nutricional enteral?

Introducción

El soporte nutricional enteral consiste en el suministro de alimentos nutricionalmente completo, que contiene proteínas o aminoácidos, carbohidratos, fibra, grasa, agua, minerales y vitaminas; que van directamente al intestino mediante un tubo o sonda (74). Los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, ya sea por limitaciones severas o duraderas en su ingesta oral o en su capacidad de absorción, necesitarán de soporte nutricional enteral. A su vez, este soporte nutricional no es exclusivo, puesto que puede ser brindada en combinación con la nutrición oral y/o parenteral(3). No obstante, siendo esta una intervención complementaria electiva, los beneficios y los daños de brindar este soporte nutricional aún es incierto, por lo que, se plantea la siguiente pregunta clínica.

Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó dos preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
5.1	Pacientes adultos con diagnóstico de desnutrición, en contexto hospitalario	Soporte nutricional enteral - SNE (sondas nasogástricas, nasoduodenales, nasoyeyunales, gastrostomías o yeyunostomías) / Atención estándar o ninguna intervención o placebo	- Mortalidad por cualquier causa - Índice de masa corporal - Peso - Calidad de vida - Eventos adversos serios
5.2	Pacientes adultos con diagnóstico de desnutrición, en contexto comunitario		

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**).

PICO 5.1: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto hospitalario

Se encontraron tres RS publicadas, dos como artículos científicos y una como RS de una GPC: Ojo 2019(75), Feinberg 2017(76), NICE 2017(3). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Ojo 2019	6/16	Diciembre 2018	1 ECA 13 EO	• Calidad de vida (EQ5D, EQ5D VAS, SF-36, EORTC, QLQ-C30, QLQ-OES19, IBDQ)
Feinberg 2017	16/16	Febrero 2016	80 ECA	• Mortalidad por cualquier causa • Índice de masa corporal • Peso • Eventos adversos serios

NICE 2017	10/16	Julio 2017	10 ECA	• Mortalidad por cualquier causa • Ingesta nutricional lograda • Cambios en el estado nutricional • Duración de la estancia hospitalaria • Complicaciones asociadas con la alimentación por sonda (tolerancia a la sonda de alimentación)
-----------	-------	------------	--------	---

PICO 5.2: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto comunitario

Debido a que, no se encontraron RS respecto a pacientes adultos desnutridos en contexto comunitario, se decidió realizar una búsqueda de novo de ECA (**Anexo N° 2**). Producto de esta búsqueda, se encontraron dos ECA publicados: Zeng 2017(77), Bowrey 2015(78). A continuación, se describen los desenlaces críticos o importantes evaluados por los ECA:

ECA	Desenlaces críticos o importantes evaluados por el ECA
Zeng 2017	• Calidad de vida
Bowrey 2015	• Índice de masa corporal • Peso

Evidencia por cada desenlace:

PICO 5.1: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto hospitalario

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por cualquier causa
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Feinberg 2017 (77), y NICE 2017 (3).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Feinberg 2017, debido a que tuvo mejor calidad metodológica según AMSTAR-2, e incluyó dentro del meta-análisis la mayor cantidad de estudios.
 - Para este desenlace se meta-analizaron 42 ECA (n=4212). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** fueron pacientes de 18 años o más, caracterizados con riesgo nutricional o desnutrición según los criterios de NRS 2002, o MUST, o MNA, o SGA, o como al menos moderadamente en riesgo de desnutrición según la herramienta de detección de NRS 2002, o nutricionalmente en riesgo debido a biomarcadores sustitutos (como niveles bajos de albúmina, niveles bajos de otras proteínas plasmáticas o recuentos bajos de linfocitos o marcadores antropométricos), o caracterizados por los investigadores como desnutridos o en riesgo de desnutrición utilizando otra clasificación, o sin especificar la clasificación. Asimismo, los estudios podrían incluir las siguientes condiciones y/o procedimientos: cirugía mayor como cirugía abdominal abierta (hígado, páncreas, gastroesofágico, intestino delgado, colorrectal); accidente cerebro vascular; adultos en unidades de

cuidados intensivos; adultos con infecciones graves y ancianos frágiles (definidos por los investigadores) con enfermedad pulmonar, oncología o cirugía menor (p. ej., fractura de cadera).

- El **escenario clínico** fue en pacientes hospitalizados al comienzo del periodo de intervención.
- La **intervención** fue definida como la infusión de una formulación líquida estándar a través de un tubo en el estómago o en el intestino delgado.
- El **comparador** fue definido como ninguna intervención si el grupo control no recibió otra intervención que no fuera una cointervención, planificada para administrarse de manera similar en ambos grupos experimental y de control; y la atención estándar se refiere a cualquier tipo de intervención de apoyo no específica, como el tratamiento habitual, atención estándar o tratamiento clínico.
- El **desenlace** fue definido como la muerte por cualquier causa. Debido a la diversidad de los estudios este desenlace pudo ser evaluado entre el séptimo día o hasta el sexto mes de seguimiento.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Feinberg 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (febrero de 2016).
- Índice de masa corporal (IMC)
 - Para este desenlace se contó con una RS: Feinberg 2017 (76).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Feinberg 2017 por las razones anteriormente mencionadas, en el desenlace de mortalidad por cualquier causa.
 - Para este desenlace se meta-analizaron 05 ECA (n=288). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de mortalidad por cualquier causa.
 - El **desenlace** fue definido como relación de la masa corporal y la estatura del participante para poder evaluar el estado nutricional, medido entre el 7° día o el 35° día de seguimiento.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Feinberg 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (febrero de 2016).
- Peso
 - Para este desenlace se contó con una RS: Feinberg 2017 (76).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Feinberg 2017 por las razones anteriormente mencionadas, en el desenlace de mortalidad por cualquier causa.
 - Para este desenlace se meta-analizaron 26 ECA (n=1616). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de mortalidad por cualquier causa.
 - El **desenlace** fue definido como la medición del peso corporal del participante, medido entre el 7° día o el 35° día de seguimiento.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Feinberg 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (febrero de 2016).

- Calidad de vida
 - Para este desenlace se contó con una RS: Ojo 2019 (75).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Ojo 2019, debido a que fue el único estudio que valoró este desenlace, y se consideró importante conocer los hallazgos, a pesar de contar con un puntaje de 6/16 según AMSTAR-2.
 - Para este desenlace se meta-analizaron 01 ECA (n=109). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** fueron pacientes de 18 años a más, que requerían cirugía citorrreductora de intervalo o inicial planificada para cáncer de ovario epitelial avanzado sospechado o comprobado, cáncer peritoneal primario o cáncer de trompas de Falopio; que a su vez, tenían signos de desnutrición moderada o severa definida como Evaluación Global Subjetiva Generada por el Paciente (PG-SGA) categoría B o C, y que no tenían contraindicaciones para la alimentación enteral como íleo, isquemia gastrointestinal, vómitos biliosos o persistentes u obstrucción mecánica.
 - El **escenario clínico** fue en pacientes hospitalizadas al comienzo del periodo de intervención.
 - La **intervención** fue definida como la inserción de un tubo nasoyeyunal blando de calibre fino insertado por el anestesista durante la cirugía, a través de las fosas nasales del participante y enviado al intestino delgado proximal.
 - El **comparador** fue descrito como cualquier tipo de intervención de apoyo no específica, como el tratamiento habitual, atención estándar o tratamiento clínico.
 - El **desenlace** fue definido como el cambio promedio de los puntajes de los instrumentos para medir la calidad de vida (EuroQol-VAS, EQ-5D, cuyos puntajes altos representan una mejora en la calidad de vida), medidos a las seis semanas de seguimiento.
- Eventos adversos serios
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Feinberg 2017 (76), y NICE 2017 (3).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Feinberg 2017 por las razones anteriormente mencionadas, en el desenlace de mortalidad por cualquier causa.
 - Para este desenlace se meta-analizaron 43 ECA (n=3935). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de mortalidad por cualquier causa.
 - El **desenlace** fue definido como cualquier evento médico adverso que provoque la muerte, sea potencialmente mortal, requiera hospitalización o prolongación de hospitalización existente, o resulta en una discapacidad o incapacidad persistente o significativa, o es una anomalía congénita o defecto congénito. Medido entre el 7° día o el 35° día de seguimiento.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Feinberg 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (febrero de 2016).

PICO 5.2: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto comunitario

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por cualquier causa
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Feinberg 2017 (76), y NICE 2017 (3).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Feinberg 2017 por las razones anteriormente mencionadas, en el desenlace de mortalidad por cualquier causa (PICO 6.1).
 - Para este desenlace se meta-analizaron 42 ECA (n=4212), y los hallazgos corresponden a la población de pacientes desnutridos en contexto hospitalario. Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, el **comparador**, y el **desenlace** fueron descritos previamente en el desenlace de mortalidad por cualquier causa (PICO 6.1).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Feinberg 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (Febrero de 2016).
- Índice de masa corporal (IMC)
 - Para este desenlace se contó con un ECA: Bowrey 2015(78).
 - Para este desenlace el ECA (n=54) tuvo las siguientes características:
 - La **población** fueron pacientes adultos con diagnósticos confirmados de cáncer de esófago o gástrico, que fueron sometidos a esofagectomía electiva planificada (transhiatal, Ivor-Lewis, en tres etapas) o gastrectomía total con colocación de sonda de yeyunostomía de alimentación.
 - El **escenario clínico** fue en pacientes que fueron dados de alta hospitalaria, y que recibieron alimentación complementaria con yeyunostomía en el hogar, con o sin apoyo del cuidador.
 - La **intervención** fue definida como la alimentación complementaria a través de una yeyunostomía, para proporcionar al menos el 50% de las necesidades energéticas y proteicas requeridas por el paciente.
 - El **comparador** fue definido como la atención de rutina, la cual comprendió la interrupción de la alimentación por yeyunostomía el día del alta hospitalaria.
 - El **desenlace** fue definido como relación de la masa corporal y la estatura del participante para poder evaluar el estado nutricional, medido a la sexta semana de seguimiento.
- Peso
 - Para este desenlace se contó con una ECA: Bowrey 2015(78).
 - Para este desenlace el ECA (n=54) tuvo las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo.
 - El **desenlace** fue definido como la medición del peso corporal del participante; medido a las 6 semanas, 3 y 6 meses de seguimiento.
- Calidad de vida
 - Para este desenlace se contó con dos ECA: Zeng 2017 (77).
 - Para este desenlace el ECA (n=109) presenta las siguientes características:
 - La **población** fueron pacientes con un rango de edad de 38 a 76 años, que fueron sometidos a cirugía de Ivor-Lewis por cáncer de esófago, con

diagnóstico patológico posoperatorio de carcinoma de células escamosas.

- El **escenario clínico** fue en pacientes que fueron dados de alta hospitalaria, y que recibieron alimentación complementaria con yeyunostomía. Las sondas de alimentación se mantuvieron en los pacientes programados para la asignación al grupo de HEN, mientras que se retiraron de los pacientes del grupo de control antes del alta
 - La **intervención** estuvo comprendida por la ingesta simultánea de alimentos por vía oral, así como la nutrición enteral, y la proporción entre ambas fue decidida por los propios pacientes en función de sus preferencias y su apetito.
 - El **comparador** fue definido como el cuidado diario, educación sanitaria. Asimismo, se les retiró la sonda de alimentación fue retirada antes del alta,
 - El **desenlace** fue definido como la diferencia de los puntajes promedio de los instrumentos para medir la calidad de vida (Cuestionario de Calidad de Vida básica 30, cuyos puntajes altos representan una mejora en la calidad de vida), medidos a las 24 semanas de seguimiento.
- Eventos adversos serios
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Feinberg 2017 (77), y NICE 2017 (3).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Feinberg 2017 por las razones anteriormente mencionadas, en el desenlace de mortalidad por cualquier causa (PICO 6.1).
 - Para este desenlace se meta-analizaron 43 ECA (n=3935), y los hallazgos corresponden a la población de pacientes desnutridos y en riesgo de desnutrición en contexto hospitalario. Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de mortalidad por cualquier causa (PICO 6.1).
 - El **desenlace** fue descrito previamente en el desenlace de eventos adversos serios (PICO 6.1).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Feinberg 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (febrero de 2016).

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):
PICO 5.1: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto hospitalario

Población: Pacientes adultos desnutridos, en contexto hospitalario. Intervención: Soporte nutricional enteral (SNE). Comparador: Atención estándar o ninguna intervención o placebo. Autores: Carolina Delgado-Flores. Bibliografía por desenlace: - Mortalidad por cualquier causa: RS de Feinberg 2017. - Índice de masa corporal: RS de Feinberg 2017. - Peso: RS de Feinberg 2017. - Calidad de vida: RS de Ojo 2019. - Eventos adversos serios: RS de Feinberg 2017.							
Beneficios:							
Desenlaces (outcomes)	Nº, diseño estudio y participantes	Comparador: Atención estándar o ninguna intervención o placebo	Intervención: SNE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Mortalidad por cualquier causa (rango: 7 días a 6 meses de seguimiento)	42 ECA (4212)	196 por 1000	165 por 1000 (147 a 186)	RR: 0,84 (0,75 a 0,95)	31 menos por 1000 (IC95%: 49 menos a 10 menos)	⊕⊕○○○ BAJA ^a	CRÍTICO
Índice de masa corporal (rango: 7 a 35 días de seguimiento)	05 ECA (288)	Media: 18,60 kg/m²	Media: 19,40 kg/m²	-	DM: 0,53 kg/m² (0,32 a 0,75)	⊕⊕○○○ BAJA ^a	IMPORTANTE
Peso (rango: 7 a 35 días de seguimiento)	26 ECA (1616)	Media: 16,52 kg	Media: 19,13 kg	-	DM: 2,62 kg (1,23 a 4,01)	⊕○○○○ MUY BAJA ^{a,b}	IMPORTANTE
Calidad de vida (6 semanas de seguimiento)	01 ECA (109)	El estudio reportó que la calidad de vida del paciente (EQ5D y EuroQoL-VAS) a las 6 semanas, en aquellos que recibieron alimentación enteral temprana en comparación con aquellos que recibieron atención estándar, no evidenció cambios estadísticamente significativos (p>0,05).				⊕○○○○ MUY BAJA ^{a,c}	IMPORTANTE
Daños:							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Comparador: Atención estándar o ninguna intervención o placebo	Intervención: SNE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Eventos adversos serios (rango: 7 a 35 días de seguimiento)	43 ECA (3935)	171 por 1000	146 por 1000 (127 a 168)	RR: 0,85 (0,74 a 0,98)	26 menos por 1000 (IC95%: 45 menos a 03 menos)	⊕⊕○○○ BAJA ^a	CRÍTICO
IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; DM: Diferencia de medias; SNE: Soporte nutricional enteral; EQ5D: EuroQoL-5D; VAS: escala analógica visual.							
Explicaciones de riesgo de sesgo:							
a. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: cegamiento de participantes y personal, cegamiento en la evaluación de los desenlaces, data incompleta del desenlace.							
b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: prueba de I² > 90%.							
c. Se disminuyó un nivel por sesgo de publicación.							

PICO 5.2: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto comunitario

Población: Pacientes adultos desnutridos, en contexto comunitario. Intervención: Soporte nutricional enteral (SNE). Comparador: Atención estándar o ninguna intervención o placebo. Autores: Carolina Delgado-Flores. Bibliografía por desenlace: - Mortalidad por cualquier causa: RS de Feinberg 2017. - Índice de masa corporal: ECA de Bowrey 2015. - Peso: ECA de Bowrey 2015. - Calidad de vida: ECA de Zeng 2017. - Eventos adversos serios: RS de Feinberg 2017.							
Beneficios:							
Desenlaces (outcomes)	Nº, diseño estudio y participantes	Comparador: Atención estándar o ninguna intervención o placebo	Intervención: SNE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Mortalidad por cualquier causa (rango: 7 día a 6 meses de seguimiento)	42 ECA (4212)	196 por 1000	165 por 1000 (147 a 186)	RR: 0,84 (0,75 a 0,95)	31 menos por 1000 (IC95%: 49 menos a 10 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	CRÍTICO
Índice de masa corporal (6 semanas de seguimiento)	01 ECA (54)	-	-	-	DM: 1,30 kg/m ² (0,60 a 2,10)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}	IMPORTANTE
Peso (6 meses de seguimiento)	01 ECA (54)	-	-	-	DM: 2,50 kg (-1,20 a 6,10)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}	IMPORTANTE
Calidad de vida (6 meses de seguimiento)	02 ECA (114)	- Un ECA reportó una puntuación media (EQ5D) en los pacientes con soporte enteral (yeyunostomía) de 0,686 en comparación con la atención estándar de 0,735; p= 0.049 . - Un ECA no reportó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; p= 0.517 .				⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}	IMPORTANTE
Daños:							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Comparador: Atención estándar o ninguna intervención o placebo	Intervención: SNE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Eventos adversos serios (rango: 7 a 35 días de seguimiento)	43 ECA (3935)	171 por 1000	146 por 1000 (127 a 168)	RR: 0,85 (0,74 a 0,98)	26 menos por 1000 (IC95%: 45 menos a 03 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	CRÍTICO
IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; DM: Diferencia de medias; SNE: Soporte nutricional enteral; EQ5D: EuroQol-5D; VAS: escala analógica visual.							
Explicaciones de riesgo de sesgo: a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: cegamiento de participantes y personal, cegamiento en la evaluación de los desenlaces, data incompleta del desenlace. b. Se disminuyó por evidencia indirecta: estudios provienen de un contexto hospitalario. c. Se disminuyó un nivel por sesgo de publicación. d. Se disminuyó un nivel por imprecisión: número de muestra pequeño.							

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):
PICO 5.1: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto hospitalario

Presentación:

Pregunta 5. En adultos con diagnóstico de desnutrición, ¿se debe proveer soporte nutricional enteral?	
Población:	Pacientes adultos con diagnóstico de desnutrición, en contexto hospitalario.
Intervenciones a comparar:	Intervención: soporte nutricional enteral Comparador: atención estándar, ninguna intervención o placebo
Desenlaces principales:	• Mortalidad por cualquier causa • Índice de masa corporal • Peso • Calidad de vida • Eventos adversos serios
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica – poblacional
Conflictos de intereses:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta.

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio		Evidencia			Consideraciones adicionales
○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	N°, diseño estudio y participante	Efecto relativo (IC95%)	Diferencia (IC 95%)	Si brindamos soporte nutricional enteral a 1000 personas en lugar de la atención estándar o ninguna intervención, posiblemente evitaríamos 31 casos de muerte por cualquier causa (IC 95% -49 a -10), posiblemente se incrementará 0,53 kg/m² del índice de masa corporal (IC 95% +0,32 a +0,75), posiblemente se incrementará 2,62 kg de peso (IC 95% +1,23 a +4,01) pero esto es incierto. En contraste, no modificaríamos la calidad de vida (EQ5D y EuroQol-VAS) pero esto es incierto. El GEG consideró que los beneficios serían moderados, puesto que los efectos sobre la mortalidad, e índice de masa corporal fueron importantes, y también del efecto del peso, aunque este fuera incierto. Adicionalmente, el GEG consideró que la evidencia disponible para la calidad de vida aún es insuficiente para determinar su efecto.
	Mortalidad por cualquier causa	42 ECA (4212)	RR: 0,84 (0,75 a 0,95)	31 menos por 1000 (IC95%: 49 menos a 10 menos)	
	Índice de masa corporal	05 ECA (288)	-	DM: 0,53 kg/m² (0,32 a 0,75)	
	Peso	26 ECA (1616)	-	DM: 2,62 kg (1,23 a 4,01)	
	Calidad de vida	01 ECA (109)	La calidad de vida del paciente (EQ5D y EuroQol-VAS), en aquellos con soporte nutricional enteral en comparación con la atención estándar, no evidenció cambios estadísticamente significativos.		
Daños:					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio		Evidencia			Consideraciones adicionales
○ Grande ○ Moderado ○ Pequeño ● Trivial ○ Varía ○ Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	N°, diseño estudio y participante	Efecto relativo (IC95%)	Diferencia (IC 95%)	Si brindamos soporte nutricional enteral a 1000 personas en lugar de la atención estándar o ninguna intervención, posiblemente se evitaria 26 casos de eventos adversos serios (IC 95% -45 a -3). El GEG consideró que los daños no fueron sustanciales (trivial) al brindar la intervención, por el contrario, los eventos adversos serios sugirieron un efecto protector con el soporte nutricional
	Eventos adversos serios	43 ECA (3935)	RR: 0,85 (0,74 a 0,98)	26 menos por 1000 (IC95%: 45 menos a 03 menos)	

		enteral en comparación de la atención estándar o ninguna intervención.																		
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?																				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
☐ Muy baja ☒ Baja ☐ Moderada ☐ Alta ☐ No se evaluaron estudios	<table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">Desenlaces (outcomes)</th> <th align="center">Certeza</th> <th align="center">Importancia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad por cualquier causa</td> <td align="center">⊕⊕○○ BAJA</td> <td align="center">CRÍTICO</td> </tr> <tr> <td>Índice de masa corporal</td> <td align="center">⊕⊕○○ BAJA</td> <td align="center">IMPORTANTE</td> </tr> <tr> <td>Peso</td> <td align="center">⊕○○○ MUY BAJA</td> <td align="center">IMPORTANTE</td> </tr> <tr> <td>Calidad de vida</td> <td align="center">⊕○○○ MUY BAJA</td> <td align="center">IMPORTANTE</td> </tr> <tr> <td>Eventos adversos serios</td> <td align="center">⊕⊕○○ BAJA</td> <td align="center">CRÍTICO</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia	Mortalidad por cualquier causa	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO	Índice de masa corporal	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE	Peso	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	Calidad de vida	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	Eventos adversos serios	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO	Entre los desenlaces críticos, la menor certeza de evidencia fue baja.
Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia																		
Mortalidad por cualquier causa	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO																		
Índice de masa corporal	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE																		
Peso	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE																		
Calidad de vida	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE																		
Eventos adversos serios	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO																		
Desenlaces importantes para los pacientes: ¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?																				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
☐ No ☒ Probablemente no ☐ Probablemente sí ☐ Sí		El GEG consideró que teniendo en cuenta las patologías de base de cada paciente, la importancia de los desenlaces abordados en la tabla SoF cambiaría según el objetivo y / o especialidad, como, por ejemplo: cirugía gastrointestinal (tiempo de ayuno prolongado, tiempo de hospitalización, fistulas, dehiscencias de anastomosis, infección de heridas, disminuir el íleo), pacientes oncológicos en quimioterapia o radioterapia.																		
Balance de los efectos: ¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)																				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
☐ Favorece al comparador ☐ Probablemente favorece al comparador ☐ No favorece a la intervención ni al comparador ☐ Probablemente favorece a la intervención ☒ Favorece a la intervención ☐ Varía ☐ Se desconoce		El GEG consideró que con el soporte nutricional enteral se consigue un efecto beneficioso moderado en relación con la mortalidad, índice de masa corporal y peso, en comparación con la atención estándar. Respecto a los daños se observó un efecto trivial. Por ello, el GEG consideró que el balance de los efectos favorece a la intervención.																		
Uso de recursos: ¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?																				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
☐ Costos elevados ☐ Costos moderados ☐ Intervención y comparador cuestan similar ☒ Ahorros moderados ☐ Ahorros extensos ☐ Varía		El GEG consideró que brindar el soporte nutricional enteral implicaría un ahorro moderado, a pesar de, que para ello es necesario dispositivos médicos como sondas nasogástricas, nasoduodenales, nasoyeyunales, gastrostomías, yeyunostomías, entre otras; y																		

o Se desconoce		dependiendo de las comorbilidades presentes, su uso y recambio se prolongaría. Asimismo, estos dispositivos médicos deben ser colocados por un profesional de la salud entrenado. Sin embargo, brindar la atención estándar implicaría un mayor tiempo de estancia hospitalaria, lo cual podría generar mayores complicaciones hospitalarias, incrementándose el uso de insumos, dispositivos médicos, productos farmacéuticos, y nutricionales los cuales representarían un incremento del costo global. Adicionalmente, se realizó una búsqueda de estudios que evaluaran la costo-efectividad de esta intervención, y se encontró un estudio que cumplió con los criterios de la pregunta PICO (Freijer 2014)(79), el cual concluye también que brindar el soporte nutricional enteral en comparación con la atención estándar conduce a un ahorro de los costos.
Equidad: ¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
o Reduce la equidad o Probablemente reduce la equidad ● Probablemente no tenga impacto en la equidad o Probablemente incrementa la equidad o Incrementa la equidad o Varía o Se desconoce		El GEG consideró que, de preferir el soporte nutricional enteral en lugar de la atención estándar, es probable que no tenga impacto sobre la equidad, puesto que su adecuado abastecimiento dentro de los establecimientos de nuestra institución permite el uso de estos dispositivos médicos, productos nutricionales sin perjudicar a otras poblaciones vulnerables. Adicionalmente, considerando la próxima implementación en las instituciones de nivel II, de los equipos de soporte nutricional, se cree que no habría un impacto sobre la equidad.
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
o No o Probablemente no o Probablemente sí ● Sí o Varía o Se desconoce		Personal de salud: El personal de salud aceptaría brindar el soporte nutricional enteral. En la actualidad, ésta es una intervención que se viene brindando en la mayoría de los establecimientos de salud. Pacientes: La mayoría de los pacientes aceptaría el uso de cualquier tipo de sonda para iniciar el soporte de nutrición enteral, ya sea nasogástricas, nasoduodenales, nasoyeyunales, gastrostomías, yeyunostomías; de un tamaño óptimo y de material biocompatible
Factibilidad:		

¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce		En el seguro social se cuenta con los productos farmacéuticos, productos alimentarios, dispositivos médicos, equipos y personal profesional capacitado para la brindar el soporte nutricional enteral (nivel 3), por lo que, el servicio estaría disponible.

PICO 5.2: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto comunitario

Presentación:

Pregunta 5. En adultos con diagnóstico de desnutrición, ¿se debe proveer soporte nutricional enteral?	
Población:	Pacientes adultos con diagnóstico de desnutrición, en contexto comunitario.
Intervenciones a comparar:	Intervención: soporte nutricional enteral. Comparador: atención estándar, ninguna intervención o placebo.
Desenlaces principales:	- Mortalidad por cualquier causa - Índice de masa corporal - Peso - Calidad de vida - Eventos adversos serios
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica – poblacional
Conflictos de intereses:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta.

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	Nº, diseño estudio y participante	Efecto relativo (IC95%)	Diferencia (IC 95%)	Si brindamos soporte nutricional enteral a 1000 personas en lugar de la atención estándar o ninguna intervención, posiblemente evitaríamos 31 casos de muerte por cualquier causa (IC 95% -49 a -10) pero esto es incierto, posiblemente se incrementará 1,30 kg/m² del índice de masa corporal (IC 95% +0,60 a +2,10) pero esto es incierto. En contraste, no modificaríamos el peso (IC 95% -1,20 a +6,10) pero esto es incierto, y no modificaríamos la calidad de vida, pero esto es incierto. Aunque, el efecto del índice de masa corporal fue significativo pero incierto, el GEG consideró que el tiempo de seguimiento fue muy corto (6 semanas) para observar un efecto beneficioso grande. No obstante, los beneficios fueron moderados respecto a la mortalidad, e índice de masa corporal. Adicionalmente, el GEG consideró que la evidencia disponible para el peso, y la calidad de vida aún es insuficiente para determinar su efecto.
	Mortalidad por cualquier causa	42 ECA (4212)	RR: 0,84 (0,75 a 0,95)	31 menos por 1000 (IC95%: 49 menos a 10 menos)	
	Índice de masa corporal	01 ECA (54)	-	DM: 1,30 kg/m² (0,60 a 2,10)	
	Peso	01 ECA (54)	-	DM: 2,50 kg (-1,20 a 6,10)	
	Calidad de vida	02 ECA (114)	Un ECA reportó diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida (p= 0.049), pero otro ECA no muestra diferencia (p= 0.517).		
Daños:					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales

- o Grande - o Moderado - o Pequeño ● Trivial - o Varía - o Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	Nº, diseño estudio y participante	Efecto relativo (IC95%)	Diferencia (IC 95%)	Si brindamos soporte nutricional enteral a 1000 personas en lugar de la atención estándar o ninguna intervención, posiblemente evitaríamos 26 casos de eventos adversos serios (IC 95% -45 a -3) pero esto es incierto. El GEG consideró que los daños no fueron sustanciales (trivial) al brindar la intervención, por el contrario los eventos adversos serios sugirieron un efecto protector con el soporte nutricional enteral en comparación de la atención estándar o ninguna intervención.
	Eventos adversos serios	43 ECA (3935)	RR: 0,85 (0,74 a 0,98)	26 menos por 1000 (IC95%: 45 menos a 03 menos)	
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
● Muy baja - o Baja - o Moderada - o Alta - o No se evaluaron estudios	Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia		Entre los desenlaces críticos, la menor certeza de evidencia fue muy baja.
	Mortalidad	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO		
	Índice de masa corporal	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE		
	Peso	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE		
	Calidad de vida	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE		
	Eventos adversos serios	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO		
Desenlaces importantes para los pacientes: ¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
- o No ● Probablemente no - o Probablemente sí - o Sí					El GEG consideró que teniendo en cuenta las patologías de base de cada paciente, la importancia de los desenlaces abordados en la tabla SoF cambiaría según el objetivo y / o especialidad, por ejemplo: cirugía gastrointestinal (tiempo de ayuno prolongado, tiempo de hospitalización, fistulas, dehiscencias de anastomosis, infección de heridas, disminuir el íleo), pacientes oncológicos en quimioterapia o radioterapia.
Balance de los efectos: ¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales

○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ○ Probablemente favorece a la intervención ● Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce		El GEG consideró que con el soporte nutricional enteral se consigue un efecto beneficioso moderado en relación con la mortalidad, índice de masa corporal, en comparación con la atención estándar. Respecto a los daños se observó un efecto trivial. Por ello, el GEG consideró que el balance de los efectos favorece a la intervención.
Uso de recursos: ¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ Costos elevados ○ Costos moderados ○ Intervención y comparador cuestan similar ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ Se desconoce		El GEG consideró que brindar el soporte nutricional enteral implicaría un ahorro moderado, a pesar de, que para ello es necesario dispositivos médicos como sondas nasogástricas, nasoduodenales, nasoyeyunales, gastrostomías, yeyunostomías, entre otras; y dependiendo de las comorbilidades presentes. Asimismo, estos dispositivos médicos deben ser colocados por un profesional de la salud entrenado. Sin embargo, brindar la atención estándar implicaría un mayor tiempo de estancia hospitalaria, recaídas, lo cual generaría mayores complicaciones hospitalarias, reingresos, incrementándose el uso de insumos, dispositivos médicos, productos farmacéuticos, y nutricionales los cuales representan un incremento del costo global. Adicionalmente, se realizó una búsqueda de estudios que evaluaran la costo-efectividad de esta intervención en un contexto comunitario, y se encontró un estudio que cumplió con los criterios de la pregunta PICO (Wong 2017)(80), el cual concluye también que brindar el soporte nutricional enteral en comparación de la atención estándar conduce a un ahorro de los costos.
Equidad: ¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ Reduce la equidad ● Probablemente reduce la equidad ○ Probablemente no tenga impacto en la equidad ○ Probablemente incrementa la equidad ○ Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce		El GEG consideró que, de preferir el soporte nutricional enteral en lugar de la atención estándar, es probable que se reduzca la equidad, puesto que, los pacientes que habitan en las áreas rurales podrían tener dificultades para continuar con la intervención en casa, dada la distancia de los establecimientos de salud que les provean de los implementos necesarios para la continuación del soporte nutricional enteral.

Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente sí ☒ Sí ☐ Varía ☐ Se desconoce		Personal de salud: El personal de salud aceptaría brindar el soporte nutricional enteral, en un contexto comunitario. Pacientes: La mayoría de los pacientes aceptaría el uso de cualquier tipo de sonda para iniciar el soporte de nutrición enteral, ya sea nasogástricas, nasoduodenales, nasoyeyunales, gastrostomías, yeyunostomías; de un tamaño óptimo y de material biocompatible.
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente sí ☒ Sí ☐ Varía ☐ Se desconoce		El GEG consideró que es factible la implementación del soporte nutricional enteral dentro de la institución, para poder abastecer a los pacientes y se continúe con el soporte nutricional enteral en el hogar.

Resumen de los juicios:

PICO 5.1: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto hospitalario

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos elevados	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce

JUICIOS						
RECOMENDACIÓN FINAL: SI LA PREGUNTA ES SOBRE USAR LA INTERVENCIÓN "A" O LA INTERVENCIÓN "B" (CONTROL)	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación

PICO 5.2: subpoblación de pacientes con diagnóstico de desnutrición en contexto comunitario

JUICIOS							
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos elevados	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL: SI LA PREGUNTA ES SOBRE USAR LA INTERVENCIÓN "A" O LA INTERVENCIÓN "B" (CONTROL)	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
Dirección: Los beneficios se consideraron moderados, puesto que los efectos sobre la mortalidad, índice de masa corporal, y peso (sólo cuando el paciente estaba hospitalizado) fueron importantes, y el efecto sobre la calidad de vida fue incierta (debido a la insuficiente evidencia disponible); y los daños se consideraron triviales, puesto que	En pacientes adultos con diagnóstico de desnutrición hospitalizados con ingesta oral insuficiente (menos del 60%) y un tracto gastrointestinal funcional y accesible, recomendamos brindar soporte nutricional enteral en lugar de la atención estándar.

no se observó un efecto sobre los eventos adversos serios. Por este motivo, se optó por emitir una recomendación a favor de brindar el soporte nutricional enteral.	Recomendación fuerte a favor de la intervención Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)
Fuerza: Si bien la certeza general de la evidencia fue baja (subpoblación de pacientes hospitalizados), y muy baja (subpoblación de pacientes en contexto comunitario), se justificaría la implementación del soporte nutricional enteral debido a sus beneficios, del ahorro moderado del uso de los recursos, aceptabilidad y factibilidad. Por lo cual, esta recomendación fue fuerte.	En pacientes adultos con diagnóstico de desnutrición dados de alta hospitalaria con ingesta oral insuficiente (menos del 60%) y un tracto gastrointestinal funcional y accesible, recomendamos continuar con el soporte nutricional enteral en el hogar en lugar de la atención estándar. Recomendación fuerte a favor de la intervención Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
El GEG consideró importante detallar los criterios a tener en cuenta para brindar el soporte nutricional enteral a los pacientes desnutridos, esto en acorde con la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3).	Se ofrecerá soporte nutricional enteral cuando: la ingesta oral sea imposible durante más de tres días, o se encuentre por debajo del 60% de los requerimientos nutricionales durante más de una semana, a pesar de las intervenciones para asegurar una ingesta oral adecuada.
El GEG consideró necesario detallar las posibles comorbilidades del paciente desnutrido, que requerirán de soporte nutricional enteral por sonda, basados en su experiencia clínica y en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3).	Está indicada la nutrición enteral por sonda en: pacientes en estado de inconciencia (traumatismo craneoencefálico, en ventilación mecánica), trastorno de deglución neuromuscular (Post-ACV, esclerosis múltiple, enfermedad de la neurona motora, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, parálisis cerebral, esclerosis lateral amiotrófica), anorexia fisiológica (cáncer, sepsis, enfermedad hepática, VIH), obstrucción gastrointestinal superior (estenosis o tumor orofaríngeo o esofágico), disfunción gastrointestinal o malabsorción (dismotilidad, enfermedad inflamatoria intestinal, longitud del intestino reducida aunque puede ser necesaria nutrición parenteral), aumento de las necesidades nutricionales (fibrosis quística, quemaduras), problemas psicológicos (depresión severa o anorexia nerviosa), tratamiento específico

	(enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis [pulmonar, gastrointestinal o sistémica], lesiones por presión (a partir de grado II)), pacientes con COVID – 19 moderado o en pacientes con problemas de salud mental (demencia, Alzheimer).
En estos puntos de buena práctica clínica se detalla en qué escenario clínico utilizar las sondas para brindar el soporte nutricional enteral, para ello el GEG se basó en su experiencia clínica profesional, y en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3).	Las personas en medicina general, cirugía y cuidados intensivos, con desnutrición o en riesgo de desnutrición con ingesta oral insuficiente (menos del 60%), y con tracto gastrointestinal funcional y accesible, proveer soporte nutricional enteral mediante una sonda enteral (nasogástrica, duodenal o yeyunal). En caso de un tracto gastrointestinal superior disfuncional se debe considerar alimentación enteral a través de ostomías (gastrostomías o yeyunostomías).
	En pacientes con disfagia que necesiten soporte nutricional enteral a largo plazo (de 4 semanas a más) considerar la alimentación por gastrostomía.
	Después de un accidente cerebrovascular, personas que no pueden tragar con seguridad o cubrir sus requerimientos nutricionales por vía oral, deben ser evaluados inicialmente para el soporte nutricional enteral por sonda nasogástrica y de necesitar nutrición enteral por más de 5 semanas considerar el uso de gastrostomía.
	En pacientes quirúrgicos que están desnutridos y con ingesta oral insuficiente (menos del 60%) y un tracto gastrointestinal funcional y accesible, que serán sometidos a procedimientos abdominales importantes, se debe considerar tratamiento enteral preoperatorio mediante sonda nasogástrica y/o naso yeyunal.
	Los pacientes en cirugía general post-operados pueden tener soporte nutricional enteral temprana o precoz por sonda nasogástrica y/o naso yeyunal según evaluación e indicación, para asegurar su requerimiento nutricional.