



Recomendaciones del consenso de ASPEN para el Síndrome de Realimentación

Introducción

En 2017, el Comité de Seguridad de la Nutrición Parenteral y el Comité de Práctica Clínica de ASPEN convocaron a un grupo interprofesional para desarrollar recomendaciones consensuadas sobre la detección y el tratamiento del Síndrome de Realimentación (SR). Este documento se centra en poblaciones adultas y pediátricas hospitalizadas, proponiendo una definición clínica unificadora y criterios actualizados para el riesgo de SR.

El SR se describe como alteraciones metabólicas y electro-líticas debido a la reintroducción de calorías tras periodos de inanición. Las fuentes de calorías pueden ser dieta oral, nutrición enteral, nutrición parenteral o dextrosa intravenosa. Aunque se reconoce como complicación grave, la falta de evidencia científica estandarizada dificulta la estimación de su incidencia. La hipofosfatemia se considera distintiva, pero la heterogeneidad en las definiciones y causas de la hipofosfatemia limita la comprensión del síndrome.

El SR fue observado por primera vez durante la Segunda Guerra Mundial en prisioneros de guerra y víctimas de hambruna. El Experimento de Inanición de Minnesota proporcionó información valiosa sobre la rehabilitación nutricional en pacientes desnutridos. Aunque estos informes históricos fueron fundamentales, la falta de estudios actuales de alta calidad limita la comprensión del SR, especialmente en pacientes con trastornos alimentarios, desnutrición severa y en la población geriátrica.

Este documento, aprobado por la Junta Directiva de ASPEN, no constituye asesoramiento médico y las recomendaciones no deben reemplazar el juicio del profesional de la salud. El texto destaca que las circunstancias clínicas y las indicaciones del paciente pueden requerir acciones diferentes a las recomendadas. Además, se reconoce la complejidad de la literatura sobre desnutrición neonatal y SR, considerando que las recomendaciones específicas para esta población están fuera del alcance del proyecto.

Población potencialmente en riesgo

En anorexia nerviosa existe una restricción autoinfligida que ocasiona una pérdida importante de peso seguida de una desnutrición. Se han realizado diversas investigaciones con resultados variables. Una de las alteraciones que se ha rela-

cionado con este padecimiento es la hipofosfatemia; en un estudio en 69 pacientes, se reportó una tasa del 5.8%, concluyendo además que el nivel de desnutrición se relaciona con la gravedad de la hipofosfatemia.

Trastorno por consumo de alcohol y sustancias

En pacientes consumidores de alcohol, este síndrome se desarrolla por una dieta escasa en vitaminas y minerales. Aunque existen pocos estudios se recomienda tener en cuenta esta situación, en especial en aquellos pacientes que presentan una desnutrición global. Además, se debe considerar que también puede haber mayor riesgo de desnutrición en los usuarios de otras sustancias como metanfetamina, heroína, en quienes se puede alterar el estado del ánimo.

Cirugía bariátrica y resecciones intestinales

Se han encontrado evidencia sobre presencia de síndrome de realimentación en pacientes obesos que se han sometido a procedimientos quirúrgicos bariátricos. Aunque existen pocos estudios sobre el tema, se ha reportado que tras realizar la realimentación en pacientes que han sufrido desnutrición asociada con el procedimiento quirúrgico, algunos de ellos han desarrollado hipofosfatemia grave, hipopotasemia e hipomagnesemia, lo que sugiere que cambios abruptos y rápidos en el peso pueden conllevar a un síndrome de realimentación.

Malabsorción

Los pacientes con síndromes mal absorbivos, como la enfermedad celíaca, tienen también el riesgo de presentar el síndrome de realimentación. Esto se debe al agotamiento rápido de sus reservas de electrolitos y vitaminas, secundario a deshidratación, desnutrición y diarreas.

Hambruna

Al igual que en la anorexia, los pacientes que sufren hambruna por pobre alcance debido a su economía a los alimentos básicos o que realizan huelga de hambre por protesta, presentan desnutrición y, después de realizar la realimentación, presentan las mismas alteraciones hidroelectrolíticas (fósforo principalmente), además de presentar diversas alteraciones, principalmente de función hepática (bilirrubina y enzimas hepáticas).

Otros

También se ha observado riesgo de síndrome de realimentación en niños que sufrieron abuso infantil e inanición, en reclutas militares, en atletas, en pacientes con insuficiencia renal o que se encuentran en tratamiento con diálisis y/o en enfermos críticos, donde la desnutrición es una consecuencia secundaria a su padecimiento por poca ingesta de nutrientes o altas demandas de los mismos, lo que conlleva a pérdidas considerables de peso.

Identificación de pacientes en riesgo para prevención

Pacientes con ≥ 1 de los siguientes parámetros:

- IMC $< 16 \text{ kg/m}^2$
- Pérdida no intencionada de peso mayor a 15% en últimos 3-6 meses.
- Ingesta nula o escasa por más de 10 días.
- Niveles de fósforo, potasio o magnesio bajos antes de iniciar el SN.

Pacientes con 2 o más de los siguientes parámetros:

- IMC $< 18.5 \text{ kg/m}^2$
- Pérdida inintencionada de peso de más de 10% en últimos 3-6 meses.
- Ingesta nula o escasa por más de 5 días.
- Historia de abuso de alcohol o fármacos como insulina, quimioterapia, antiácidos o diuréticos.

En conclusión, el documento ofrece una guía valiosa para la detección y manejo del SR, subrayando la importancia

de la atención individualizada y el juicio clínico en la prevención de este síndrome potencialmente grave asociado con la reintroducción de calorías después de periodos de inanición.

Alejandro Flores Velasco

Bibliografía

da Silva, J. S. V., Seres, D. S., Sabino, K., Adams, S. C., Berdahl, G. J., Citty, S. W., Cober, M. P., Evans, D. C., Greaves, J. R., Gura, K. M., Michalski, A., Plogsted, S., Sacks, G. S., Tucker, A. M., Worthington, P., Walker, R. N., Ayers, P., & Parenteral Nutrition Safety and Clinical Practice Committees, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2020). ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutrition in Clinical Practice*: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 35(2), 178-195. doi: 10.1002/ncp.10474

Alzam

TRAS LA TEMPESTAD...

regresa la calma



Nuevamente disponible en todas sus presentaciones:
0.25 y 0.50 mg con 30, 60 y 90 tabletas; 1 y 2mg con 30 tabletas birranuradas.

Talpramin®

Imipramina

EFICACIA QUE TRASCIENDE

Efectivo en pacientes con depresión severa
y depresión resistente.^{1,2}



SSA 2309082002C00178

Referencias: 1. Stahl, S. (2020). Imipramine. In *Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology* (pp. 367-374). Cambridge: Cambridge University Press.
doi:10.1017/9781108921275.003; 2. Bruijn JA, Moleman P, Mulder PG, van den Broek WW. Depressed in-patients respond differently to imipramine and mirtazapine.
Pharmacopsychiatry. 1999 May;32(3):87-92. doi: 10.1055/s-2007-979200. PMID: 10463374.



Contigo
en Mente

www.contigoenmente.com