



El Síndrome de Realimentación (SRF)

► La incidencia del Síndrome de Realimentación (SRF) es desconocida debido a la falta de una definición clara. La literatura existente tiende a centrarse en la incidencia de hipofosfatemia como indicador. Los pacientes desnutridos tienen 60 veces más posibilidades de desarrollar hipofosfatemia; la hipofosfatemia grave se asocia con una mortalidad del 18.2%, en comparación con el 4.6% en aquellos sin esta condición. Los pacientes críticamente enfermos con 48 horas de nutrición mantienen un 34% de probabilidad de sufrir hipofosfatemia. Las revisiones sistemáticas informan tasas de incidencia del SRF entre el 0 y el 2%, pero otros estudios sugieren cifras entre el 50 y el 80%, atribuibles a la falta de una definición clara para el diagnóstico del SRF.

Poblaciones específicas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) están en riesgo, por ejemplo, pacientes con cáncer tienen una incidencia del SRF del 25%. Además, se ha observado en pacientes con diversos padecimientos como trastornos alimentarios, síndrome del intestino corto, consumo crónico de alcohol y drogas, retraso del crecimiento, kwashiorkor/marasma, diabéticos crónicos, uso crónico de diuréticos, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis crónica, uso prolongado de antiácidos, hiperemesis gravídica, enfermedades infecciosas crónicas como el SIDA, la tuberculosis, la fibrosis quística o las cardiopatías congénitas. Además, el SRF es común en pacientes posoperatorios, personas de edad avanzada, con obesidad mórbida o con pérdida profunda de peso, en pacientes críticos y en personas sin hogar.

Los factores de riesgo para el síndrome de realimentación (SRF) incluyen a pacientes que han estado con poca o ninguna ingesta nutricional durante varios días consecutivos o a aquellos que estén sometidos a estrés metabólico debido a enfermedades críticas o cirugías mayores. Chen et al. abordó el tratamiento y la prevención del SRF en pacientes de alto riesgo de acuerdo con las pautas de nutrición clínica del NICE. El tratamiento recomendado implica un soporte nutricional inicialmente bajo en calorías, con aumentos graduales hasta el requerimiento total estimado después de la reanimación. Los criterios de alto riesgo según NICE incluyen IMC menor a 16 kg/m², nutrición insuficiente durante más de 10 días, pérdida de peso superior al 15% en 3-6 meses, y niveles séricos de electrolitos y vitaminas bajos antes de iniciar la nutrición, o IMC menor a 18.5 kg/m², pérdida de peso involuntaria superior a 10% en 3-6 meses, ingesta nutricional mínima o nula durante más de 5 días y antecedentes de consumo de alcohol o drogas. Marik et al. identificaron, en un estudio prospectivo en la UCI, que la prealbúmina sérica era el único factor predictivo de hipofosfatemia relacionada con la realimentación.

Resultados

Muy pocos estudios abordan los resultados generales del síndrome de realimentación (SRF). En un ensayo controlado aleatorio, Doig et al. compararon el soporte nutricional restringido versus estándar en pacientes críticamente enfermos que desa-

rollaron SRF. Aunque la restricción calórica inicial llevó a una estancia hospitalaria más prolongada, la tasa de supervivencia a los 60 y 90 días mejoró en comparación con el grupo estándar. Olthof et al. encontraron que, aunque no hubo diferencias en las tasas de mortalidad a los 3 o 6 meses entre pacientes con o sin SRF, la alimentación hipocalórica permisiva redujo significativamente la mortalidad a los 6 meses en el grupo con SRF. Estos estudios, a pesar de sus diferencias en diseño y definiciones de SRF, sugieren que la alimentación hipocalórica puede mejorar los resultados en el SRF.

El manejo y el tratamiento del SRF involucran equipos multidisciplinarios de apoyo metabólico para mejorar los resultados generales de los pacientes. Se recomienda evaluar los valores de laboratorio iniciales y aplicar una herramienta de evaluación de riesgos, como NRS-2002, NUTRIC o los criterios NICE, para determinar la gravedad de la desnutrición y el riesgo de desarrollar SRF. Una vez establecido el riesgo, se ajusta la tasa de nutrición, líquidos, restricción de sodio, tiamina y administración de multivitaminas.

La tiamina se administra antes de iniciar la nutrición para prevenir la encefalopatía de Wernicke. Se recomienda una monitorización con ECG en pacientes con riesgo grave de SRF y, en caso de alteraciones electrolíticas, se debe considerar un monitor cardíaco. La ingesta de líquidos y la corrección rápida de las alteraciones electrolíticas durante la alimentación son buenas prácticas.

En casos de mayor riesgo de SRF, se debe deliberar sobre el agotamiento nutricional con una tasa máxima de 10 kcal/kg cada 24 h, alcanzando la tasa objetivo en 4-7 días. Se inicia la alimentación a 5 kcal/kg/24 h si el IMC es menor o igual a 14 kg/m² o si no hubo nutrición durante 14 días. Se deben controlar diariamente los trastornos electrolíticos durante la primera semana y al menos tres veces la segunda semana. En pacientes en la UCI con riesgo de SRF, se avanza lentamente con la nutrición parenteral, monitoreando electrolitos cada 12 horas durante los primeros 3 días.

En conclusión, el diagnóstico del síndrome de realimentación (SRF) varía y es principalmente clínica, basado en síntomas generales de anomalías electrolíticas en pacientes previamente desnutridos. Aunque se conoce desde siglos, los tratamientos adecuados se identificaron por primera vez alrededor de la Segunda Guerra Mundial. Aunque no hay una herramienta de evaluación "estándar de oro", NRS-2002 o Nutric Score evalúan la severidad de la desnutrición considerando la gravedad de la enfermedad. Los criterios NICE pueden identificar y estratificar a quienes pueden estar en riesgo de sufrir el SRF. La vigilancia estrecha y la implementación de un plan que incluya la alimentación hipocalórica, probablemente prevendrán los extremos del SRF en pacientes de alto riesgo. Se recomienda trabajar con equipos multidisciplinarios de apoyo metabólico para optimizar los resultados de los pacientes.

Stefany Carolina Mora Gutiérrez

Bibliografía

Heuft, L., Voigt, J., Selig, L., Stumvoll, M., Schlögl, H., & Kaiser, T. (2023). Refeeding Syndrome. Diagnostic challenges and the potential of clinical decision support systems. *Deutsches Arzteblatt International*, 120(7), 107-114. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0381

Alzam

TRAS LA TEMPESTAD...

regresa la calma



Tabletas birranuradas

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}



Birranurada



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. Brujin, 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: 10483374.



Contigo
en Mente

www.contigoenmente.com[®]