



Síndrome de Realimentación

El síndrome de realimentación se define cómo el conjunto de alteraciones metabólicas y electrolíticas potencialmente mortales que ocurren como resultado de la reintroducción de calorías a través de la nutrición oral, enteral, parenteral después de un periodo de reducción constante de la ingesta de energía o inanición en individuos con desnutrición preexistente y/o en estadio catabólico

La incidencia oscila entre 0-90% cifras muy variables según la población y los criterios utilizados para la definición pues en ocasiones no se diagnostica.

Este texto se realiza pensando en que la mayoría de la población derechohabiente internada del Hospital General del ISSSTE en Zacateca al ser de edad avanzada y con síndromes geriátricos como debilidad, desnutrición o consuntivo los hace una población de riesgo para presentar síndrome de realimentación. A su vez la selección de este tema busca concientizar a los distintos departamentos de atención clínica incluyendo al departamento de nutrición, enfermería

y área médica para así generar un trabajo conjunto y de este modo poder evitar este tipo de padecimiento y sus complicaciones, ya que podrían comprometer la vida y la función de los pacientes críticos.

Revisando de manera puntual las guías ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) y algunos artículos de actualización se deduce lo siguiente: como pieza clave para el tratamiento y la prevención de este padecimiento es prioritario la identificación oportuna de pacientes críticos potencialmente en riesgo de padecer síndrome de realimentación y así mismo prevenir y tratar sus manifestaciones y complicaciones.

En el siguiente cuadro se describen tres categorías y con características particulares para identificar a pacientes en riesgo:

Pacientes con pérdida involuntaria de peso

Pérdida

- > 5% de peso en un mes
- > 7.5% del peso en tres meses
- > 10% del peso en seis meses

Pacientes con disminución en el aporte proteico

- Con ayuno > a 7 días
- Dieta hipocalórica prolongada
- Alteraciones de deglución y desórdenes neumológicos
- Anorexia nerviosa
- Alcoholismo crónico
- Depresión del anciano
- Pacientes oncológicos
- Enfermedad infecciosa crónica
- Obesidad mórbida con rápida pérdida de peso

Pacientes con pérdida de nutrientes y/o disminución de absorción de nutrientes

- Diarrea o vómitos severos
- Inflamación o disfunción del tracto gastrointestinal
- Pancreatitis crónica
- Uso crónico de antiácidos y/o diuréticos
- Post-operados de cirugía bariátrica

Así mismo también los criterios bioquímicos y clínicos son útiles, entre estos se encuentran los siguientes:

- La aparición de hipofosfatemia severa (<0.6 mmol/L o <1.9 mg/dL) es el marcador clave.
- Otros electrolitos afectados: hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalcemia
- Manifestaciones clínicas diversas, como: alteraciones cardiacas (arritmias, insuficiencia cardiaca), debilidad muscular y respiratoria, alteraciones neurológicas (confusión, convulsiones) y edema periférico.

Al inicio de la terapia nutricional, se describen con bajo riesgo o alto riesgo según las siguientes características:

Si un paciente de riesgo desarrolla hipofosfatemia severa y otras

| Bajo riesgo | Alto riesgo | Casos específicos |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • IMC < 18.5 kg/m² • Pérdida de peso no intencionada $> 10\%$ en 3 a 6 meses • Poca o nula ingesta de alimentos por 5 días • Alcoholismo o abuso de drogas | <ul style="list-style-type: none"> • IMC < 16 kg/m² • Pérdida de peso no intencionada $> 15\%$ en 3 a 6 meses • Poca o nula ingesta de alimentos por 10 días • Hipocalcemia, hipofosfatemia o hipomagnesemia previo a la alimentación | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos alimenticios • Dieta rigurosa posterior a cirugía bariátrica • Síndrome de intestino corto • Pacientes oncológicos |

Riesgos durante la terapia nutricional (cualquier categoría):

- Disminución del fosfato $>30\%$ del nivel basal o < 0.6 mmol/l
- Disminución de al menos 2 electrolitos séricos (Mg < 0.75 mmol/l, P04 <0.8 mmol/l, K <3.5 mmol/l)

anomalías metabólicas tras el inicio de la nutrición (oral, enteral o parenteral), se confirma el diagnóstico de Síndrome de Realimentación. Es crucial correlacionar los síntomas clínicos con los cambios bioquímicos para diferenciarlo de otras complicaciones metabólicas.

Conclusiones

La importancia de entender este tipo de trastornos enumerando entonces las estrategias a seguir para así abordar de manera puntual este padecimiento:

- Establecer el riesgo de síndrome de realimentación
- Tratar las alteraciones hidro-electrolíticas
- Administración profiláctica de vitaminas y minerales
- Evitar sobrecarga de volumen
- Restringir el aporte de sodio
- Repleción nutricional cuidadosa
- Monitorización clínica y analítica estrecha
- Evitar sobrecarga de volumen

Para prevenir el desarrollo del Síndrome de Realimentación, ASPEN recomienda iniciar la nutrición de manera gradual en los pacientes con riesgo, monitoreo diario de fosforo, potasio, magnesio, glucosa y función cardiaca y neurológica.

Dr. Rafael M. Murcia¹
¹R3 Urgencias Medico Quirúrgicas
Hospital General ISSSTE No.26, Zacatecas

Referencias

ASPEN Consensus Recommendations. (2021). Recomendaciones del consenso de ASPEN para el síndrome de realimentación. *Clinical Nutrition*, 40(6), 3688–3701. <https://doi.org/10.1002/ncp.10474>

Crook, M. A., Hally, V., & Panteli, J. V. (2001). The importance of the refeeding syndrome. *Nutrition*, 17(7–8), 632.

Internal and Emergency Medicine. (2021). The importance of the refeeding syndrome. *Internal and Emergency Medicine*, 16, 49–60. <https://doi.org/10.1007/s11739-030-02525-7>

CiNTeB Ciencia Nutrición Terapéutica Bioética