

SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ADULTO CRÍTICAMENTE ENFERMO. UN CONSENSO DE PRÁCTICA CLÍNICA

Grupo de Trabajo de Abordaje Nutricional en el Paciente Crítico. Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral. Comité de Soporte Nutricional y Metabolismo. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Resumen de las recomendaciones incluidas en este consenso

En esta sección se presentan resumidas las Recomendaciones incluidas en este Consenso, junto con el grado de evidencia que las sostienen.

Se le ofrece así al lector un acceso rápido al mensaje esencial de la Recomendación correspondiente.

Recomendación	Grado
1. No existe evidencia científica suficiente para recomendar un método en particular de evaluación nutricional en el paciente crítico. Antes del inicio del SN, la valoración nutricional debería incluir datos de la pérdida de peso, ingestión de nutrientes previo al ingreso, gravedad de la enfermedad y de los cambios metabólicos inducidos por la misma, las condiciones de comorbilidad, y el funcionamiento del tracto gastrointestinal. La VGS cumple con estos criterios, y puede ser utilizada siempre que sea factible. El Puntaje NUTRIC es un sistema de evaluación de riesgo nutricional validado que puede ser útil en la identificación de aquellos pacientes críticos con mayores posibilidades de beneficiarse de una terapia nutricional agresiva.	D
2. La implementación del SN enteral debe iniciarse dentro de las 24 – 48 horas de la admisión a la UCI, una vez completada la resucitación y lograda la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente.	B
3. En un paciente crítico, hemodinámicamente estable, con tracto intestinal funcionando, la ruta de elección será la NE por sobre la NP. Se recomienda la implementación de NP complementaria cuando el paciente presenta intolerancia gastrointestinal y no llega a cubrir los requerimientos nutricionales dentro de los 3 a 7 días de implementado el SN. Estos plazos se acortan a 24 – 48 horas en los pacientes desnutridos. Ante la dificultad de iniciar NE en el paciente crítico hipercatabólico, se debe implementar NP completa dentro de los 3 días de la admisión a la UCI; y tan pronto sea posible en el caso de desnutrición previa.	B D C

Anexo 2. Resumen de las recomendaciones incluidas en este Consenso (Continuación).

Recomendación	Grado
4. La meta energética final debe ser determinada y claramente identificada en el momento de iniciar la terapia nutricional, y se debe ir ajustando al curso de la enfermedad.	C
En caso de ser factible, se recomienda utilizar la calorimetría indirecta para la estimación del gasto energético.	C
Si la calorimetría indirecta no está disponible para los pacientes en ventilación mecánica, se recomienda el uso de la ecuación predictiva <i>Penn State</i> .	C
Se recomienda un aporte de 25 Kcal/Kg peso actual/día, pudiendo ser menor para el paciente ventilado y sedado (20-25 Kcal/Kg peso/día), o mayor en el paciente sin ventilación mecánica cuando empieza a mejorar clínica y metabólicamente (25-30 Kcal/Kg de peso actual/día).	D
Para las condiciones anteriores, el aporte proteico puede variar entre 1.5 – 2.0 g/Kg peso actual/día; y 1.2 – 1.5 g/Kg peso actual/día, respectivamente.	
En el paciente crítico obeso se recomienda un aporte de 22 – 25 Kcal/Kg peso ajustado/día; y > 2 g proteínas/Kg peso ideal/día para pacientes con IMC entre 30 y 40 Kg/m ² , y ≥ 2.5 g proteínas/Kg peso ideal/día cuando el IMC es > 40 Kg/m ² .	D
5. Para reducir el riesgo de aspiración:	
• Mantener la cabecera de la cama elevada a 45° durante la administración de la NE, a menos que exista contraindicación médica.	B
• Administrar la NE por el método de infusión continua.	D
• Considerar el uso de fármacos proquinéticos en pacientes con intolerancia a la NE, como aquellos con un elevado volumen residual gástrico (VRG) y emésis.	B
• Considerar la colocación de la sonda a nivel post-pilórico, especialmente en pacientes con VM que no toleran la NE por vía gástrica, principalmente para alcanzar la meta calórico-proteica establecida para el paciente.	B
6. Si el VRG se encuentra entre 200-500 mL: Debe realizarse una sucinta evaluación de la tolerancia del paciente a la NE, utilizando un protocolo de valoración de los posibles factores causales de una probable intolerancia digestiva alta. Un VRG > 500 mL debe dar lugar a la suspensión de la NE y reevaluación de la tolerancia del paciente a la misma, por medio del uso de protocolos preestablecidos.	B
No debe interrumpirse sistemáticamente la infusión de NE ante la presencia de diarrea.	B
El lapso que el paciente esté en ayuno antes, durante o después de estudios diagnósticos o procedimientos terapéuticos debe ser minimizado para prevenir un inadecuado SN.	B
La implementación de protocolos de administración y monitoreo mejora las cantidades administradas de energía nutricional.	B
7. No se pueden demostrar ventajas clínicas en el uso de las fórmulas semi-elementales en los pacientes críticamente enfermos. Las fórmulas estándar con proteínas intactas serían apropiadas en la mayoría de los pacientes.	C

Anexo 2. Resumen de las recomendaciones incluidas en este Consenso (Continuación).

Recomendación	Grado
8. No se recomienda la administración de fórmulas enterales con fármacos nutrientes en forma rutinaria en todos los pacientes críticos.	A
Las fórmulas enterales con fármacos nutrientes sí se recomiendan en determinados grupos de pacientes críticos quirúrgicos (cirugía mayor oncológica electiva del tracto GI, cabeza y cuello).	A
Las fórmulas enterales con fármacos nutrientes se deberían considerar en los pacientes traumatizados y quemados.	B
Se deberían considerar en los pacientes con distrés respiratorio del adulto la NE enriquecida con ácidos grasos $\omega 3$ y antioxidantes.	B
No se recomienda utilizar estas fórmulas en casos de sepsis grave, choque, o falla de órganos por la posible asociación con aumento de la mortalidad.	B
No deben administrarse fórmulas con fármacos nutrientes a pacientes que toleran menos de 700 mL de NE/día, o del 50-65% de la meta calórica.	B
9. En pacientes críticos (salvo aquellos con choque a la admisión, o con falla renal y/o hepática) con NP: Considerar la solución de aminoácidos que contenga de 0.30 – 0.57 g/Kg peso/día de L-glutamina; o de 0.30 – 0.85 g/Kg peso/día del dipéptido alanil-glutamina, no combinada con NE; o como un fármacos nutriente independiente del SN.	A
10. Podría considerarse la adición de glutamina a las fórmulas enterales estándar en los pacientes quemados y traumatizados severos.	B
11. Debe considerarse el uso de fórmulas de NP con lípidos enriquecidos con aceite de pescado en los pacientes adultos críticamente enfermos. La dosis de aceite de pescado segura y efectiva sobre la inmunidad sería de 0.15 – 0.20 g/Kg peso/día.	C
12. Se recomienda la suplementación con vitaminas antioxidantes y elementos traza (sobre todo selenio) en todos los pacientes adultos críticamente enfermos que reciben SN. La ruta intravenosa sería la más recomendada.	B
13. En caso de diarrea en el paciente crítico con NE:	
• No suspender la NE como primera medida.	D
• Descartar causas infecciosas de diarrea y evaluar la presencia de fármacos que puedan ocasionar diarrea.	D
• Buscar factores de riesgo para diarrea asociada a <i>Clostridium difficile</i> .	B
• Si la diarrea persiste sería factible la utilización de fórmulas enterales con fibras solubles o fórmulas semi-elementales.	D
• Debe evitarse la fibra en pacientes con alto riesgo de isquemia intestinal o dismotilidad grave.	B
• No existe evidencia científica para recomendar probióticos como tratamiento de la diarrea en pacientes críticamente enfermos. Sí puede considerarse el uso de probióticos para prevenir la aparición de diarrea en estos pacientes.	D

Anexo 2. Resumen de las recomendaciones incluidas en este Consenso (Continuación).

Recomendación	Grado
14. Los pacientes con falla renal aguda pueden ser nutricionalmente tratados con fórmulas enterales estándar, basándose en las mismas recomendaciones calóricas aplicadas a todo paciente crítico.	D
El aporte proteico debe ajustarse a la situación clínica, grado de catabolismo y tratamiento de la falla renal (sea éste conservador, o se recurra a la terapia renal sustitutiva).	C
A aquellos pacientes que reciben técnica continua de reemplazo renal se les debe administrar cantidades aumentadas de proteínas hasta un máximo de 2.5 g/Kg peso/día.	C
No se debe restringir el aporte proteico en los pacientes críticamente enfermos con el objetivo de retrasar la terapia de sustitución renal.	C
15. No existe suficiente evidencia en la población de pacientes críticos para recomendar o no el uso de fórmulas diseñadas para hiperglucemias o diabetes.	D