

**Pregunta 3. En adultos con diagnóstico de desnutrición con alto riesgo del síndrome de realimentación o el síndrome de Wernicke-Korsakoff, ¿cuál debería ser el manejo para iniciar soporte nutricional?**

**Introducción:**

Los pacientes con desnutrición pueden presentar problemas de realimentación durante el soporte nutricional, debido a que se alcanzan niveles excesivos del requerimiento nutricional (principalmente durante la nutrición enteral y parenteral), causando cambios peligrosos en el equilibrio de líquidos y electrolitos. Dentro de los problemas de realimentación se encuentra el síndrome de realimentación y el síndrome de Wernicke-Korsakoff(3).

El síndrome de realimentación está definido como aquellas complicaciones clínicas, consecuencia de los cambios de líquidos y electrolitos durante la rehabilitación nutricional agresiva(58). Dentro de las características clínicas más frecuentes se encuentran la hipofosfatemia, hipopotasemia, insuficiencia cardíaca congestiva, edema periférico, rabdomiólisis, convulsiones, hemólisis, e insuficiencia respiratoria(3). Por otro lado, el síndrome de Wernicke-Korsakoff es la complicación neurológica más conocida de la deficiencia de tiamina (vitamina B1)(59). Los términos de este síndrome hacen referencia a dos etapas distintas de la enfermedad: la encefalopatía de Wernicke (un síndrome agudo que requiere de atención inmediata) y el síndrome de Korsakoff (una afección crónica que se manifiesta como consecuencia del primer síndrome)(60). El paciente desnutrido puede tener deficiencia de tiamina al inicio del estudio, pues con el síndrome de realimentación, la captación intracelular de electrolitos ocasionaría una mayor utilización de tiamina(61).

En ese sentido, existen múltiples propuestas para el manejo nutricional del síndrome de realimentación, por lo que se plantea la siguiente pregunta clínica con el objetivo de identificar la mejor opción disponible.

**Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:**

Esta pregunta clínica tuvo una pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°3	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
3	Pacientes adultos con diagnóstico de desnutrición con alto riesgo del síndrome de realimentación o el síndrome de Wernicke-Korsakoff	Distintos manejos de soporte nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalidad</li> <li>- Readmisión hospitalaria</li> <li>- Ingesta calórica</li> <li>- Ingesta proteica</li> <li>- Cambio de peso</li> <li>- Eventos adversos</li> </ul>

**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. Al no obtenerse RS de la búsqueda sistemática, se decidió realizar la búsqueda de ECA o EO (**Anexo N°2**). Sin embargo, no se encontró ningún ECA o EO que responda nuestra pregunta PICO. Por este motivo, el GEG decidió emitir puntos de BPC al respecto.

**Puntos de BPC:**

El GEG consideró relevante emitir los siguientes puntos de BPC respecto a la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	Punto de Buena Práctica Clínica
<p>El GEG consideró importante señalar cuales son las principales pautas para dar inicio al soporte nutricional, en aquellos pacientes que están gravemente enfermos o que tienen lesiones que necesiten nutrición enteral por sonda o nutrición parenteral (con ayuno prolongado), esto en acorde con la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3). Además, el GEG consideró necesario indicar que se debe de realizar la valoración de electrolitos, previo al inicio del soporte nutricional, principalmente del fósforo, magnesio, potasio, y calcio (3); debido a que, en el síndrome de realimentación estos electrolitos se ven afectados y es necesaria su cuantificación para su posterior administración durante el soporte nutricional.</p>	<p>En pacientes gravemente enfermos o con condiciones clínicas que requieran nutrición enteral por sonda o nutrición parenteral (con ayuno prolongado), considere lo siguiente para el soporte nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De manera previa valorar los electrolitos como fósforo (signo cardinal), magnesio, potasio y calcio.</li> <li>• Iniciar soporte nutricional con precaución, no más del 50% del objetivo energético y proteico estimado. Este debe ser construido para satisfacer todas las necesidades durante las primeras 24 a 48 horas, según metabolismo y tolerancia gastrointestinal.</li> <li>• Administrar los requerimientos completos de líquidos, electrolitos (según los resultados de laboratorio), multivitamínicos, y minerales desde el comienzo de la alimentación.</li> </ul>
<p>El GEG consideró necesario mencionar las consideraciones a tomar en cuenta, para brindar el soporte nutricional en los pacientes con nada o muy poca ingesta de alimentos durante más de 5 días que tienen cierto riesgo de problemas de realimentación, según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3). Se añadió a este enunciado, evitar la hidratación inicial con dextrosa, debido a que, estos pacientes podrían presentar a su vez deficiencia de tiamina, la cual podría desencadenar la encefalopatía de Wernicke(62) y con ello llevar al síndrome de Korsakoff.</p>	<p>Los pacientes con nada o muy poca ingesta de alimentos durante &gt; 5 días tienen cierto riesgo de problemas de realimentación. En ellos, considere lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la hidratación inicial en estos pacientes con dextrosa para prevenir el desarrollo del síndrome de Wernicke-Korsakoff.</li> <li>• Para el soporte nutricional de pacientes en los que se observa ausencia de problemas de realimentación según la clínica y el control bioquímico, considere introducir un máximo del 50% del requerimiento nutricional durante los primeros 2 días, y posteriormente brindar el requerimiento total para satisfacer sus necesidades.</li> </ul>
<p>Para identificar a los pacientes con alto riesgo de desarrollar problemas de realimentación, el GEG consideró tener en cuenta los criterios a continuación descritos en el enunciado, según la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3). Asimismo, se añadió en ambas condiciones considerar como criterio a los pacientes con problemas gastrointestinales, y con vómito recurrente, debido a que esta es una característica frecuentemente observada</p>	<p>Considerar en alto riesgo de desarrollar síndrome de realimentación, a las personas que cumplan con <b>uno o más</b> de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt; 16 kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>• Pérdida de peso involuntaria superior al 15% en los últimos 3 a 6 meses.</li> <li>• Poca o ninguna ingesta nutricional durante más de 5 días.</li> <li>• Niveles bajos de potasio, fósforo o magnesio antes de la alimentación.</li> </ul>

<p>en los pacientes con síndrome de Wernicke-Korsakoff (63, 64).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas gastrointestinales, vómito recurrente.</li> </ul> <p>O a las personas que cumplan <b>dos o más</b> de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>• Pérdida de peso involuntaria superior al 10% en los últimos 3 a 6 meses.</li> <li>• Antecedentes de abuso de alcohol o drogas, incluidos insulina, quimioterapia, antiácidos o diuréticos.</li> <li>• Problemas gastrointestinales, vómito recurrente.</li> </ul>
<p>El GEG consideró necesario señalar que la atención de los pacientes con alto riesgo de desarrollar problemas de realimentación, debe ser dada por profesionales de la salud con una adecuada capacitación, y con un vasto conocimiento en el soporte nutricional y requerimientos nutricionales; esto en acorde con el enunciado descrito en la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3).</p>	<p>Las personas con alto riesgo de desarrollar problemas de realimentación deberán ser atendidas por profesionales de la salud debidamente capacitados y con un conocimiento profundo sobre requerimientos nutricionales y soporte nutricional.</p>
<p>El soporte nutricional es un punto clave para la recuperación de los pacientes que tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de realimentación, siendo la indicación del requerimiento calórico variable entre la evidencia encontrada. En ese sentido, el GEG recomendó considerar los siguientes puntos de buena práctica clínica basados en la Guía de Práctica Clínica de NICE 2017(3), y en las revisiones narrativas que detallan la intervención y manejo de los problemas de realimentación (60, 65-67).</p>	<p>Para el soporte nutricional en personas con alto riesgo de desarrollar síndrome de realimentación, se debe considerar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar el soporte nutricional con el 25% de las calorías estimadas para el paciente. El aporte calórico se irá aumentando paulatinamente hasta llegar a la meta calórica a los 3 a 5 días.</li> <li>• Realizar una distribución calórica equilibrada: 50-60% carbohidratos, 30-40% lípidos, y 15-20% de proteínas.</li> <li>• La progresión del soporte nutricional debe ser vigilada y diaria, por lo que, de no conseguir el objetivo nutricional del 50% a los 3 o 5 días, solicitar interconsulta al equipo de soporte nutricional para iniciar nutrición parenteral.</li> <li>• En casos extremos (por ejemplo, IMC &lt; 14 kg/m<sup>2</sup> o con ingesta insignificante durante más de 15 días) utilizar solo 5 kcal/kg/día y, monitorear el ritmo cardíaco continuamente en estas personas.</li> <li>• Restaurar el volumen circulatorio, y monitorizar el equilibrio de líquidos y el estado clínico general de cerca.</li> <li>• Proporcionar inmediatamente antes y durante los primeros 10 días de alimentación: multivitamínicos y elementos traza suplementarios una vez al día, de acuerdo con el dosaje en suero.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proveer suplementos de potasio, fósforo y magnesio según el requerimiento del paciente, después de realizar la evaluación de los niveles bioquímicos de los mismos.</li><li>• Para disminuir el riesgo de desarrollar el síndrome de Wernicke-Korsakoff, evitar el uso de dextrosa, cual sea su concentración.</li><li>• En pacientes no alcohólicos con sospecha o riesgo de síndrome de Wernicke Korsakoff, administrar como tratamiento profiláctico tiamina de 100 a 200 mg c/6h en bolo IV (o IM si IV no es posible) durante 3 a 5 días, seguidos de tiamina oral 100 mg c/8h durante 1 a 2 semanas y 100 mg diarios a partir de entonces.</li><li>• En pacientes alcohólicos con diagnóstico definitivo de síndrome de Wernicke-Korsakoff administrar tiamina de 200 a 500 mg c/8h IV durante 5 a 7 días, seguidos de tiamina oral 100 mg c/8h durante 1 a 2 semanas, posteriormente 100 mg diarios a partir de entonces.</li></ul>
--	--