

UNIVERSIDAD DEL SURESTE (UDS)

Carrera: Lic. En nutrición

Cuatrimestre: 9no

Grupo: único

Materia: nutrición clínica 2

Nombre del profesor: NEFI ALEJANDRO SANCHEZ

Trabajo: ensayo

Fecha de entrega: 22/05/2020

Nombre del alumno: LUIS ALBERTO ARIAS CARDENAS

SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ADULTO CRÍTICAMENTE ENFERMO.

Las herramientas tradicionales de evaluación nutricional no se encuentran validadas en los pacientes críticos. La interpretación de los parámetros usuales de valoración nutricional está influenciada por los cambios originados por la enfermedad y/o los tratamientos. En el paciente crítico, las proteínas marcadoras tradicionales (albúmina, prealbúmina, transferrina, proteína transportadora de retinol) son un reflejo de la respuesta de fase aguda, y no representan con exactitud el estado de nutrición.

Las variables antropométricas pueden evaluar y detectar una malnutrición preexistente al ingreso del paciente crítico, pero se debe tener en cuenta que las mismas se alteran frecuentemente debido a los cambios del estado de hidratación como consecuencia de la repleción de fluidos. Los cambios de la composición corporal debidos a la sobrecarga de fluidos invalidan a este grupo de variables como parámetros de seguimiento nutricional y de pronóstico en los pacientes críticos.

Los parámetros de evaluación funcional (como los diversos tests de función muscular) son difíciles, o imposibles de aplicar en los pacientes críticos, debido a las terapéuticas de sedación, analgesia y relajación muscular; o a la presencia de injurias cerebrales o polineuropatías.

Las guías españolas de la SEMICYUC-SENPE sugieren utilizar la Valoración Global Subjetiva (VGS), la pérdida de peso, o el IMC como parámetros de valoración nutricional al ingreso.²⁷ La VGS, propuesta por Detsky y cols. para evaluar el estado nutricional en pacientes quirúrgicos y oncológicos, no ha sido validada en el paciente crítico. Sin embargo, podría ser utilizada en este tipo de pacientes, al menos como una valoración inicial, aunque no tiene utilidad durante el período de seguimiento. Además, la VGS requiere la participación del paciente, o en su defecto, de un familiar, lo que no siempre es fácil de obtener en la UC. Goiburu y cols. utilizaron la VGS en pacientes con trauma, e informaron que la desnutrición es frecuente en la admisión, y que el puntaje de la VGS fue un factor de riesgo independiente de morbilidad ($p = 0.003$; RR = 2,9 (IC al 95%: 1.04 – 5.08) y mortalidad ($p = 0.04$; RR = 4.0 (IC al 95%: 1.0 – 15.0), y que, a su vez, determina la prolongación de la duración de la hospitalización ($p = 0.01$; RR = 2.3 (IC al 95%: 1.02 – 4.07)).²⁸ Sin embargo, en este estudio sólo un 24% de los pacientes fue admitido en algún momento de la evolución post-trauma a la UTI, dificultando el análisis de esta población en particular.

Otro estudio llevado a cabo por Sungurtekin y cols. demostró la correlación de la VGS con el porcentaje de pérdida de peso, el pliegue tricóptico, la circunferencia muscular media del brazo, el IMC, la albúmina sérica, la estancia en la UCI, el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) y el Simplified Acute Physiologic Score (SAPS), y la mortalidad.²⁹ Según estos resultados, la VGS podría resultar útil como una primera evaluación estratégica que podría predecir la mortalidad del paciente y la duración de la estancia en la UCI. No obstante, este estudio fue descriptivo de una muestra pequeña. Un estudio más reciente indicó que los pacientes desnutridos tuvieron tasas significativamente más altas de readmisión a la UCI (OR = 2.27; IC al 85%: 1.08 – 4.80) y de mortalidad (OR = 8.12; IC al 95%: 2.94 – 22.42), y concluyó que la VGS es una herramienta de bajo costo, rápida y fiable para predecir los resultados en pacientes críticamente enfermos.

El aumento del gasto energético y el hipermetabolismo proteico, característicos del paciente críticamente enfermo, lo conducen en poco tiempo a un estado de desnutrición, problema que es mucho menos frecuente y de mayor tiempo de evolución en situaciones de ayuno no complicado, o en una enfermedad aguda leve. La nutrición enteral precoz, iniciada 24 a 72 horas luego del comienzo del evento que lo llevó a la hospitalización en la UCI, tendría efectos beneficiosos en el mantenimiento de la integridad intestinal, la modulación de la respuesta inflamatoria local y sistémica, y el estrés.

Como norma general, las guías internacionales están a favor de la implementación de la NE por sobre la NP siempre que sea posible, pero lo hacen con distintos grados de recomendación. Las guías norteamericanas^{16-17,21} recomiendan el uso de NE por sobre la NP con mayor fuerza que las guías europeas o de Oceanía.^{19-20,22,27,47} Probablemente esto se deba a diferencias metodológicas como, por ejemplo, la población utilizada en el trabajo (inclusión o no de pacientes quirúrgicos electivos), y las diferencias existentes en el contexto local en lo concerniente a aplicabilidad, costos de la intervención y daño potencial de las técnicas de nutrición artificial.

En los primeros días de la estadía en UCI se deberían realizar todos los esfuerzos necesarios para administrar nutrientes por vía digestiva, aun cuando no se cumplan los requerimientos energético-proteicos calculados, a fin de estimular el sistema inmune y disminuir la respuesta inflamatoria sistémica. No obstante, se debe indicar NP complementaria cuando el paciente no tolere (no cubra los requerimientos diarios del uso de) de la NE. Se advierte de precaución en la implementación de la NP complementaria para evitar la sobrealimentación y, en consecuencia, posibles complicaciones metabólicas.