

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

---

MATERIA:

NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

TAREA:

RESUMEN REALIMENTACIÓN

CARRERA:

NUTRICIÓN

CATEDRATICO:

BLASI PINEDA LAURA

ALUMANA:

MONZÓN LOPEZ LITZY BELEN

LUGAR Y FECHA:

TAPACHULA CHIAPAS A 09 DE JULIO DEL 2021

## SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN

El SR es un fenómeno común en pacientes desnutridos con depleción previa de masa corporal magra. Su incidencia varía según las series y los criterios diagnósticos utilizados. Usamos el término síndrome de realimentación (SR) para describir las alteraciones metabólicas que ocurren durante la repleción nutricional, ya sea oral, enteral o parenteral, de individuos severamente desnutridos o privados de alimento. El hecho fundamental del SR es la hipofosfatemia severa, que se acompaña de anomalías en el balance de fluidos, alteraciones en el metabolismo hidrogenado y ciertos déficits vitamínicos. Manifestaciones clínicas del SR se derivan de los efectos de las alteraciones hidroelectrolíticas y déficits vitamínicos descritos sobre los distintos sistemas y órganos. Además del SR, sobre todo en el paciente ingresado y grave, existen numerosas causas de hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipopotasemia.

### Hipofosfatemia

El fosfato es el principal anión intracelular. Los depósitos de fosfato en el organismo de un adulto medio son de aproximadamente 700 g, de los cuales el 80 % se localiza en el esqueleto, alrededor de un 20 % en tejidos blandos y músculo y sólo un 1 % en el líquido extracelular. La ingesta media de fósforo en la dieta occidental es de 1.000 a 1.400 mg diarios. El fosfato es esencial para el funcionamiento celular. Tiene un papel estructural como componente de fosfolípidos, nucleoproteínas y ácidos nucleicos; desempeña un papel clave en rutas metabólicas, como la glucólisis y la fosforilación oxidativa, y está implicado en el control de procesos enzimáticos a través de la fosforilación de proteínas.

La hipofosfatemia del SR típicamente aparece en los tres primeros días tras el inicio del soporte nutricional. Los factores que se han relacionado en diversos estudios con su aparición son: hipoalbuminemia, prealbúmina < 110 g/l, y circunferencia y área muscular del brazo inferior al percentil.

La hipofosfatemia se considera severa cuando el fosfato sérico es < 1,26 o 1,5 mg/dl, moderada cuando los valores están en el rango de 1,5 a 2,2 mg/dl y leve si

el fosfato sérico está entre 2,3 y el límite inferior de la normalidad . Aparecen síntomas con valores de fósforo < 1,5 mg/dl, o con concentraciones mayores si el descenso es rápido, siendo muy evidentes con niveles < 1 mg/dl. La hipofosfatemia severa provoca importantes alteraciones a nivel neurológico, cardíaco, respiratorio y hematológico, y puede conducir a la muerte

#### Hipomagnesemia

El magnesio es el segundo catión intracelular más abundante (el más abundante de los cationes divalentes). El 99 % del magnesio corporal total se encuentra a nivel intracelular y se localiza fundamentalmente en el hueso y el músculo. Por ello, lo mismo que ocurre con el fosfato o el potasio, las determinaciones séricas no relejan adecuadamente el magnesio corporal total o el estado del magnesio en el líquido intracelular. Sólo un 30 % del magnesio ingerido se absorbe. La absorción tiene lugar en la porción proximal del intestino delgado y es independiente de la vitamina D. El 70 % restante se elimina directamente con las heces. La excreción es fundamentalmente renal.

#### Hipomagnesemia

El magnesio es el segundo catión intracelular más abundante (el más abundante de los cationes divalentes). El 99 % del magnesio corporal total se encuentra a nivel intracelular y se localiza fundamentalmente en el hueso y el músculo. Por ello, lo mismo que ocurre con el fosfato o el potasio, las determinaciones séricas no renal adecuadamente el magnesio corporal total o el estado del magnesio en el líquido intracelular. Sólo un 30 % del magnesio ingerido se absorbe. La absorción tiene lugar en la porción proximal del intestino delgado y es independiente de la vitamina D. El 70 % restante se elimina directamente con las heces. La excreción es fundamentalmente renal

#### Prevención

El SR es una entidad clínica poco conocida en el entorno médico no especializado en nutrición y probablemente infradiagnosticada. Los factores comúnmente asociados a la aparición del SR son la presencia de malnutrición, la reposición

nutricional agresiva en las fases iniciales sin suplementación adecuada de fosfato, magnesio, potasio y tiamina, y la presencia de condiciones asociadas que exacerben el déficit de micronutrientes, minerales y electrolitos.

El SR de realimentación es un cuadro clínico potencialmente grave. Su prevención exige la detección de los individuos en riesgo, así como la realización del soporte nutricional de forma cuidadosa y con una monitorización adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN M.T. FERNÁNDEZ LÓPEZA,\* , M.J. LÓPEZ OTEROB, P. ÁLVAREZ VÁZQUEZA, J. ARIAS DELGADOB Y J.J. VARELA  
CORREARECIBIDO EL 9 DE ENERO DE 2009; ACEPTADO EL 19 DE MARZO DE 2009