



REVISIÓN

Síndrome de realimentación

M.T. Fernández López^{a,*}, M.J. López Otero^b, P. Álvarez Vázquez^a, J. Arias Delgado^b
y J.J. Varela Correa^b

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

^bServicio de Farmacia, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

Recibido el 9 de enero de 2009; aceptado el 19 de marzo de 2009

PALABRAS CLAVE

Síndrome de
realimentación;
Hipofosfatemia;
Hipopotasemia;
Hipomagnesemia;
Tiamina

Resumen

El síndrome de realimentación (SR) es un cuadro clínico complejo que ocurre como consecuencia de la reintroducción de la nutrición (oral, enteral o parenteral) en pacientes malnutridos. Los pacientes presentan trastornos en el balance de fluidos, anomalías electrolíticas —como hipofosfatemia, hipopotasemia e hipomagnesemia— alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado y déficits vitamínicos. Esto se traduce en la aparición de complicaciones neurológicas, respiratorias, cardíacas, neuromusculares y hematológicas. En este artículo se han revisado la patogenia y las características clínicas del SR, haciendo alguna sugerencia para su prevención y tratamiento. Lo más importante en la prevención del SR es identificar a los pacientes en riesgo, instaurar el soporte nutricional de forma prudente y realizar una corrección adecuada de los déficits de electrolitos y vitaminas.

© 2009 SEFH. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Refeeding syndrome;
Hypophosphataemia;
Hypokalaemia;
Hypomagnesaemia;
Thiamine

Refeeding syndrome

Abstract

Refeeding syndrome is a complex syndrome that occurs as a result of reintroducing nutrition (oral, enteral or parenteral) to patients who are starved or malnourished. Patients can develop fluid-balance abnormalities, electrolyte disorders (hypophosphataemia, hypokalaemia and hypomagnesaemia), abnormal glucose metabolism and certain vitamin deficiencies. Refeeding syndrome encompasses abnormalities affecting multiple organ systems, including neurological, pulmonary, cardiac, neuromuscular and haematological functions. Pathogenic mechanisms involved in the refeeding syndrome and clinical manifestations have been reviewed. We provide suggestions for the prevention and treatment of refeeding syndrome. The most important steps are to identify patients at risk, reintroduce nutrition cautiously and correct electrolyte and vitamin deficiencies properly.

© 2009 SEFH. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: checheotero@gmail.com (M.J. López Otero).

Definición

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 alimento¹. El hecho fundamental del SR es la hipofosfatemia severa², que se acompaña de anomalías en el balance de fluidos, alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado y ciertos déficits vitamínicos, por ejemplo de tiamina, así como de hipopotasemia e hipomagnesemia². Esto se traduce clínicamente en la aparición de, entre otras, alteraciones neurológicas, respiratorias, cardiovasculares y hematológicas pocos días después del inicio de la realimentación, lo que conlleva un aumento de la morbilidad e incluso mortalidad del paciente³.

El estudio clásico que describe el SR fue realizado por Keys et al⁴ en varones sanos objetores de conciencia de la Segunda Guerra Mundial. Los participantes se sometían a semiayuno durante 6 meses, tras los que se reintroducía una alimentación oral normal. La consecuencia fue una disminución de la reserva cardiovascular, con insuficiencia cardíaca en algunos casos. Resultados clínicos similares pudieron verse al reinstaurar una ingesta normal en individuos que ha-

bían sufrido asedio o habían estado internados en campos de concentración en la Segunda Guerra Mundial⁵. Posteriormente, con la aparición de la nutrición parenteral (NP) y enteral (NE) se observó el mismo tipo de complicaciones en pacientes desnutridos que recibieron soporte nutricional agresivo⁶.

Además del SR, sobre todo en el paciente ingresado y grave, existen numerosas causas de hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipopotasemia. Las más comunes se enumeran en la tabla 1 y deberán tenerse en mente al hacer el diagnóstico diferencial.

Epidemiología

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. Hernández Aranda et al⁷ encontraron una incidencia de SR del 48% en una cohorte de 148 pacientes con desnutrición de leve a severa a los que se les administró soporte nutricional. González et al⁸ diagnosticaron SR al 25% de 107 pacientes oncológicos que recibieron NP o NE; la incidencia fue más alta en el subgrupo que recibió NE. Flesher et al⁹ valo-

Tabla 1 Causas de hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipopotasemia

Hipofosfatemia Causas que generan movilidad extra-intracelular Síndrome de realimentación Alcalosis Sepsis por gramnegativos Intoxicaciones: salicilatos Fármacos: insulina, glucosa intravenosa, adrenalina, salbutamol, terbutalina, dopamina, eritropoyetina, G-CSF Causas que disminuyen la absorción intestinal Fármacos: antiácidos que contienen aluminio Causas que aumentan la excreción renal Hiperparatiroidismo primario Hiperparatiroidismo secundario Trastornos tubulares renales Hiperaldosteronismo Diabetes mal controlada Alcoholismo Hipercalcemia Hipomagnesemia Intoxicaciones: hierro, cadmio Fármacos: diuréticos, corticoides, bicarbonato, estrógenos a altas dosis, ifosfamida, cisplatino, foscarnet, pamidronato Otras causas: vómitos, diarrea y cirugía Hipomagnesemia Causas que generan salida del espacio extracelular Síndrome de realimentación Corrección de la acidosis respiratoria Corrección de la cetoacidosis diabética Otras: pancreatitis, transfusiones, quemaduras, sudoración Causas que disminuyen la absorción gastrointestinal Síndrome de malabsorción	Causas que aumentan las pérdidas gastrointestinales Vómitos, diarreas, fístulas Causas que aumentan la excreción renal Trastornos tubulares Hiperaldosteronismo Secreción inapropiada de hormona antidiurética Diabetes mellitus Hipertiroidismo Hipercalcemia Alcoholismo Fármacos: diuréticos (de asa, tiazídicos, osmóticos), cisplatino, pentamidina, ciclosporina, aminoglucósidos, foscarnet, anfotericina B, tacrolimus Hipopotasemia Causas que generan movilidad extra-intracelular Síndrome de realimentación Alcalosis Hipotermia Intoxicación por teofilina Fármacos: insulina, β-estimulantes Causas que generan pérdidas extrarrenales Sudoración profusa Diarrea, vómitos Fármacos: laxantes Causas que aumentan la excreción renal Hiperaldosteronismo Cetoacidosis diabética Poliuria Hipomagnesemia Fármacos: diuréticos (de asa, distales), penicilina, anfotericina B, aminoglucósidos
---	--

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2500366>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2500366>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)