



CAPÍTULO 14

Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Paciente politraumatizado

A.L. Blesa Malpica^{a,*}, A. García de Lorenzo y Mateos^b y A. Robles González^c

^aHospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^bHospital Universitario La Paz, Madrid, España

^cUCI Área de Traumatología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Politrauma;
Glutamina;
Necesidades calóricas;
Farmaconutrición

KEYWORDS

Multiple trauma;
Glutamine;
Calorie requirements;
Pharmaconutrition

Resumen

El paciente traumatizado puede considerarse el paradigma del paciente crítico que, previamente sano, sufre una agresión que pone su vida en riesgo y que determina una respuesta orgánica en nada diferente a la presente en otro tipo de pacientes. El perfil del paciente traumático ha cambiado, siendo en la actualidad algo más mayores, con índices de masa corporal más elevados y con una mayor comorbilidad. Cuando la agresión es grave, su respuesta metabólica es intensa y condiciona un riesgo nutricional. Por ello, el soporte nutricional precoz, de preferencia enteral, con aporte proporcionado de proteínas y suplementado con glutamina, condiciona ventajas competitivas con otras vías y tipos de fórmulas nutricionales.

La presencia de obesidad y/o lesión medular debe hacernos considerar una disminución proporcionada del aporte calórico diario, evitando la sobrenutrición, aunque en los pacientes con lesión medular es escasa la información disponible.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient. Update. Consensus of the Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary Units-Spanish Society of Parenteral and Enteral Nutrition (SEMICYUC-SENPE): Patient with polytrauma

Abstract

Patients with polytrauma can be viewed as paradigmatic of the critically-ill patient. These previously healthy patients undergo a life-threatening aggression leading to an organic response that is no different from that in other types of patients. The profile of trauma patients has changed and currently corresponds to patients who are somewhat older, with a higher body

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ablesamal@gmail.com (A.L. Blesa Malpica).

SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

SENPE: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral.

mass index and greater comorbidity. Severe injuries lead to intense metabolic stress, posing a risk of malnutrition. Therefore, early nutritional support, preferentially through the enteral route, with appropriate protein intake and glutamine supplementation, provides advantages over other routes and types of nutritional formula. To avoid overnutrition, reduced daily calorie intake can be considered in obese patients and in those with medullary lesions. However, little information on this topic is available in patients with medullary lesions.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

El perfil del paciente traumático varía desde el joven varón sano que se accidenta conduciendo un vehículo a motor hasta el hombre algo más mayor y con patología asociada que sufre una precipitación o es atropellado¹. Los cambios de comportamiento social están determinando el incremento de pacientes con sobrepeso, cuando no francamente obesos. Estas circunstancias someten al traumatizado a un mayor riesgo nutricional que las derivadas de la agresión traumática en un paciente previamente sano y condicionan una respuesta más en la línea del paciente grave con complicaciones.

El paciente traumatizado presenta cambios metabólicos² e inmunosupresión, con aumento del riesgo de infección y fallo orgánico postraumático. La situación hipermetabólica generada debe reconocerse con prontitud y ser suplida con presteza y durante el tiempo necesario, puesto que puede durar semanas. Hay aspectos todavía controvertidos en la nutrición de estos pacientes, como el tiempo preciso de inicio, el reparto calórico de los macronutrientes, la vía de administración y la duración del soporte nutricional.

En este capítulo queda excluido el traumatismo craneal, que será revisado en el capítulo de paciente neurocrítico.

¿Cuándo está indicado el soporte nutricional especializado en el paciente con politraumatismo?

En todo paciente con politraumatismo grave e incapacidad o contraindicación de nutrición oral debe planificarse un soporte nutricional artificial. Los pacientes traumáticos con índice de gravedad (ISS, del inglés *injury severity score*) > 16 han de considerarse graves y, por tanto, con un riesgo nutricional aumentado, debiendo valorarse en este aspecto² (III).

En pacientes en los que se sospeche una incapacidad para nutrirse en los primeros 5-7 días se debe iniciar de forma inmediata el soporte nutricional, una vez estabilizado³⁻⁵ (IV).

¿Por qué vía hemos de aportar el nutriente?

La bondad de la nutrición enteral (NE)⁶⁻¹⁰ (III), (IIa), (Ib), (Ia) quedó establecida desde los trabajos de Moore en 1981, con la instauración de catéteres enterales para nutrición precoz en pacientes en los que fue necesaria una laparotomía por causa traumática.

De forma ideal, la nutrición artificial debe iniciarse precozmente, una vez conseguida la estabilidad hemodinámica, mediante NE gástrica o pospilórica¹¹⁻¹³ (Ib), (III), (IV), sin que se excluya la complementariedad de la nutrición parenteral (NP) o su uso exclusivo cuando es previsible que no han de poder ingerir alimentos en los primeros 3 días, o se prevea una

prolongación de esa incapacidad más allá de los 5-10 días. Este aporte en forma de NP complementaria es objeto de divergencia entre las recomendaciones de ASPEN⁵ (IV) y de ESPEN¹⁴ (IV). ASPEN no lo aconseja durante los primeros 7-10 días en los pacientes que son capaces de tolerar alguna cantidad de NE, ya que aportes parenterales en pacientes que alcanzan al menos 1.000 calorías enterales se acompañan de mayor morbilidad infecciosa y un incremento en la aparición tardía de SDRA, con la consiguiente prolongación de estancia y de ventilación mecánica¹⁵ (III). Mientras tanto, ESPEN¹⁴ (IV) aconseja que, dado el impacto del déficit calórico en el resultado final, el paciente que de forma precoz es incapaz de asumir una cantidad suficiente de calorías por vía enteral debe recibir nutrición suplementaria por vía venosa dentro de los 2 primeros días de evolución. No hay suficiente evidencia para asumir la mejor recomendación, pero dado que la nutrición óptima se correlaciona con los mejores resultados clínicos del paciente de unidad de cuidados intensivos (UCI), la posición europea parece más recomendable, quedando pendientes estudios que clarifiquen este extremo¹⁶ (IV).

La precocidad en la NE (dentro de las primeras 24-48 h de ingreso), además de aumentar la tolerancia, permite evitar complicaciones digestivas como el estreñimiento¹⁷ (III). No hay evidencia de superioridad de la nutrición continua sobre la nutrición intermitente, con resultados opuestos sobre el consumo de oxígeno^{18,19} (III) y las complicaciones intestinales, aunque la perfusión continua parece mostrar una tendencia a menor mortalidad²⁰ (IIa).

La administración a dosis plena es posible sin que suponga un incremento de la intolerancia, constatándose un aumento en los episodios de regurgitación, pero con un mejor cumplimiento de los requerimientos calóricos²¹ (Ib). Se recomienda el empleo de fármacos procinéticos para conseguir una aplicación eficaz de NE²² (Ia).

¿Qué cantidad de calorías hemos de aportar?

Aunque la evidencia existente no es incontestable, hay suficiente doctrina para evitar la sobrenutrición²³ (III).

La cantidad de calorías a aportar viene reflejada por la obtenida mediante calorimetría indirecta, que ha servido como patrón de comparación para las diferentes fórmulas predictivas. En la actualidad, admitimos que el incremento en las necesidades calóricas del paciente politraumatizado no sobrepasa el 40% de las establecidas por la ecuación de Harris-Benedict, lo que supone entre 25-30 kcal/kg/día, que en el caso de pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²) traumáticos se reduce a valores < 20 kcal/kg actual/día^{23,24} (III) (v. capítulo 12).

En los lesionados medulares se estima que aportes de 20-22 y de 23-24 kcal/kg/día pueden suplir las necesidades del paciente cuadripléjico y parapléjico, respectivamente²⁵⁻²⁷ (III).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113472>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113472>

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