

ASOCIACION GREMIAL CRITICALL UCI GROUP
ACTA GUIA #10
Bogotá Mayo 02 de 2023

Documento de consenso Guía # 10 metodología agree II
Recomendaciones para el tratamiento nutrometabólico especializado del paciente crítico: introducción, metodología y listado de recomendaciones. Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la Sociedad Española ~ de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

Equipo Revisor:

Doctor: Mario Gómez Duque - Jefe del programa de postgrado en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Director General UCI Hospital de San Jose, Hospital Infantil de San Jose, Coordinador UCI Clínica Palermo, Coodinador UCI Clinicas CAFAM

Doctor: César O. Enciso Olivera – Coordinador UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Mario A. Villabón Gonzalez – Coordinador UCI Clínica Azul

Doctor: Edgar Beltrán Linares- Coordinador UCI Hospital San Jose Centro

Doctor: Ronald Medina Lombo – Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Daniel L. Molano Franco - Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Edward Blanco – Medico UCI Hospital de San Jose

Doctor: Carlos E. Rojas Murcia - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Silvio A. Vidal Bonilla – Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctora: Angela M Sosa - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Luis Escovar Barreto - Medico UCI Hospital de San Jose

Doctora: Maria Margarita Tovar Franco - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Pedro Pereira Rodriguez – Medico General UCI Hospital Infantil – Residente

Metodología de la revisión:

El documento fue enviado a los expertos junto con formato de evaluación para puntaje AGREEII. El equipo revisor consideró que la guía puede ser implementada en la unidad de cuidados intensivos con modificaciones. Se llevó a cabo discusión de los puntos y se presenta a continuación el consolidado.

RECOMENDACIONES

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO.

1. Se recomienda la utilización de los valores aislados de antropometría o bioquímicos para la valoración nutricional inicial, pero no en el seguimiento nutricional de los pacientes críticos (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado).

Debido a la falta de estudios de buena calidad en el paciente críticamente enfermo desestimamos esta recomendación, en nuestra práctica el soporte nutricional es un soporte metabólico cuyo objetivo es mantener requerimientos calóricos. Por lo que desestimamos medidas antropométricas como seguimiento u objetivo nutricional.

2. Se sugiere emplear el Nutric Score al ingreso para discriminar el pronóstico del paciente, pero no como herramienta de evaluación nutricional (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado).

Acogemos recomendación utilizando escala modificada sin medición de IL-6 y únicamente como escala pronóstica más no de intervención.

3. Se podría estudiar el compartimento muscular a lo largo de la evolución en la UCI, mediante herramientas de imagen como la resonancia magnética, la tomografía computarizada y la ultrasonografía (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado).

No acogemos recomendación debido a futilidad de la misma y aumento en los costos de atención, la valoración ecografía se realizará a discreción de cada médico tratante.

4. Se recomienda identificar el síndrome de realimentación en los pacientes críticos malnutridos o que han recibido un aporte energético bajo prolongado, y prevenirlo mediante la administración de tiamina, corrección hidroelectrolítica e inicio lento y progresivo (72-96 h) del aporte calórico/proteico estimado o medido (Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: alto).

Acogemos la recomendación, salvo el uso de tiamina dado que la calidad de la evidencia es baja.

RECOMENDACIONES EN LOS REQUERIMIENTOS DE MACRONUTRIENTES Y MICRONUTRIENTES EN EL PACIENTE CRÍTICO.

1. La calorimetría indirecta cuando esté disponible es el método de elección para calcular los requerimientos calóricos en pacientes en ventilación mecánica (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: alto).

No acogemos recomendación debido a que utilizamos el método de estimación de la masa libre de grasa debido a su no inferioridad comparada con otros métodos.

2. En ausencia de calorimetría indirecta se sugiere el uso de fórmulas predictivas, especialmente la de Penn State en los pacientes en ventilación mecánica o las basadas de forma simple en el peso (Nivel de evidencia: opinión de expertos. Grado de recomendación: moderado).

No acogemos recomendación debido a que utilizamos el método de estimación de la masa libre de grasa debido a su no inferioridad comparada con otros métodos.

3. Durante los primeros días de la enfermedad crítica (fase aguda), se recomienda aportar alrededor del 70% del gasto energético medido mediante calorimetría indirecta o entre 20-25 kcal/kg peso habitual/día. Una vez superado dicho período (paciente en fase estable), se sugiere aportar entre 25-30 kcal/peso habitual/día (Nivel de evidencia: opinión de expertos. Grado de recomendación: moderado).

Acogemos recomendación haciendo la salvedad de que según la clínica de cada paciente se puede aumentar el tiempo objetivo de aporte.

4. En pacientes que reciben nutrición parenteral se sugiere no superar el límite de 3,5 g/peso habitual/día de aporte de glucosa (emplear peso ajustado en obesos con índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) (Nivel de evidencia: opinión de expertos. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge recomendación.

5. En el paciente crítico, en general, se sugiere que la dosis diaria de lípidos sea entre 0,7 y 1,3 g/kg peso habitual/día (emplear peso ajustado en obesos con índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) y debe reducirse su aporte si los niveles de triglicéridos en plasma son superiores a 400 mg/dl (Nivel de evidencia: opinión de expertos. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge la recomendación

6. El aporte calórico y proteico en el paciente con lesión renal aguda necesita una reevaluación frecuente, en función del grado de catabolismo y la necesidad de técnicas de reemplazo renal (Nivel de evidencia: opinión de expertos. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge la recomendación.

7. En pacientes con técnicas continuas de reemplazo renal, se recomienda un aporte proteico de al menos 2 g/kg peso habitual/día, sin sobrepasar los 2,5 g/kg peso habitual/día (emplear peso ideal en obesos con índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) (Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge la recomendación.

RECOMENDACIONES EN LAS INDICACIONES, MOMENTO DE INICIO Y VÍAS DE ACCESO DEL TRATAMIENTO NUTROMETABÓLICO EN EL PACIENTE CRÍTICO.

1. Se debe iniciar tratamiento nutricional especializado en la fase aguda a los pacientes malnutridos, a los que presenten riesgo nutricional elevado y a los pacientes críticos en los que sea improbable una ingesta oral completa en los siguientes 5 días (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: alto).

Se acoge la recomendación

2. Cuando hay indicación de tratamiento nutricional especializado y no existan contraindicaciones, se recomienda iniciar nutrición enteral precoz, en las primeras 24-48 h, tras una correcta reanimación (Nivel de evidencia: alto. Grado de recomendación: alto).

Se acoge la recomendación

3. En pacientes con compromiso hemodinámico, correctamente reanimados aun cuando estén en situación de bajo gasto, con uno o varios fármacos vasoactivos, es razonable comenzar tratamiento nutricional especializado vía enteral con una correcta monitorización (Nivel de evidencia: bajo. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge recomendación

4. En pacientes críticos con imposibilidad de nutrición enteral y en riesgo nutricional se debe iniciar nutrición parenteral de forma precoz en las primeras 48 h y a las dosis adecuadas evitando la hipernutrición (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge recomendación sin embargo dejamos la excepción de inicio de nutrición más temprana en casos de patologías abdominales que por su pronóstico inmediato no permitan el inicio de nutrición enteral.

5. Se debe considerar la nutrición parenteral complementaria en los pacientes que al cuarto día del inicio de tratamiento nutricional no hayan alcanzado el objetivo calórico/proteico por vía enteral (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge recomendación el pacientes oncológicos y en casos de cirugía plástica, dado que en el paciente crítico se hace necesario evaluar cada caso de forma individualizada el inicio de la nutrición de definirá a discreción del médico tratante.

RECOMENDACIONES EN MONITORIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO NUTROMETABÓLICO EN EL PACIENTE CRÍTICO.

1. Se recomienda monitorizar la aparición de complicaciones gastrointestinales en el paciente crítico con nutrición enteral, en particular, aumento de residuo gástrico, distensión abdominal y diarrea (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: alto).

Se acoge la recomendación, haciendo la salvedad de ajuste de infusión en lugar de suspensión del soporte nutricional. En caso de la aparición de diarrea debe ser enfocada al cuadro clínico de cada paciente y no como una medida de un mal soporte nutricional.

2. Durante la administración de nutrición enteral se recomienda mantener el torso del paciente elevado 30-45° (Nivel de evidencia: alto. Grado de recomendación: alto)

Se acoge la recomendación.

3. En los pacientes con intolerancia gástrica o riesgo de aspiración se recomienda administrar procinéticos durante 3-5 días consecutivos y/o colocar sonda pospilórica (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado).

No se acoge la recomendación, debido a que es necesario estudiar la causa de la intolerancia y tratarla de forma individualizada.

4. No se debe realizar un control estricto de glucemia (80- 110 mg/dl), especialmente en pacientes diabéticos (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado) y se recomienda evitar la hipoglucemia en todos los pacientes críticos, tanto diabéticos como no diabéticos (Nivel de evidencia: alto. Grado de recomendación: alto).

Se acoge la recomendación.

5. Se recomienda la utilización de dietas enterales específicas para diabetes en el control de la hiperglucemia de estrés (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: moderado).

Se acoge recomendación

8. Se recomienda el empleo de protocolos de administración y mantenimiento de tratamiento nutricional parenteral y enteral que incluyan: volumen administrado, balances nutricionales, prevención y tratamiento de las complicaciones gastrointestinales, de la disglucemia y controles analíticos (Nivel de evidencia: moderado. Grado de recomendación: alto)

Se acoge la recomendación.