



Desde AANEP pensamos que no sobra en estos momentos repasar algunas recomendaciones científicas sobre el soporte nutricional en distrés respiratorio, así como también en decúbito prono (una de las maniobras que se están utilizando para mejorar oxigenación de los pacientes\*).

Los invitamos a compartir en los comentarios de nuestros   links a publicaciones científicas que les parezca importante tener en cuenta a la hora de implementar el soporte nutricional en pacientes críticos con distrés respiratorio, de modo que sea útil para toda la red de profesionales que nos siguen.

\* Suele pronarse a los pacientes algunas horas por día (habitualmente hasta 16 hs). No es una práctica que deberíamos ver durante toda la internación de los pacientes en la UTI, sin embargo puede requerirla con repetición a lo largo del tratamiento crítico. Debemos saber como actuar para no inutilizar el tubo digestivo en estos pacientes.

# Guías ESPEN de SN en Paciente Crítico 2018 – Recomendaciones acerca del APORTE CALÓRICO en pacientes críticos

**Importante:  
NO SOBRE-  
ALIMENTAR  
AL PACIENTE**

## ¿Cómo definir el gasto energético?

- **Recomendación 15:** En pacientes críticos, ventilados, el gasto energético se debe definir por calorimetría indirecta (Nivel B)
- **Declaración 2:** Si no se dispone de calorimetría, se sugiere el uso del consumo de oxígeno (VO<sub>2</sub>)\* o la producción de dióxido de carbono (VCO<sub>2</sub>).

\*[fórmula VCO<sub>2</sub>\*8,2]

- **Fórmulas predictivas: 20-25 kcal/kg Peso Actual/día (Obesidad: 20-25 kcal/PAjustado)\***

\*Peso Ajustado= (peso actual – peso ideal)x0,33 + peso ideal

## ¿Cómo cubrir los requerimientos calóricos?

**Recomendación 16-18:** Si se usa calorimetría indirecta: la nutrición isocalórica puede ser progresivamente implementada, por sobre la hipocalórica, en la fase aguda inicial de la enfermedad (Grado de recomendación 0. Consenso 95%):

- **La nutrición hipocalórica (sin exceder el 70% del RE) debería administrarse en la etapa temprana de la enfermedad aguda. (Grado de recomendación B. Consenso 100%).**
- **Luego del día 3, el aporte calórico debería aumentarse al 80-100% de lo medido por calorimetría indirecta (Grado de recomendación 0. Consenso 95%).**

**Recomendación 19: Si se utilizan fórmula predictivas, en la fase temprana de la enfermedad crítica, se prefiere nutrición hipocalórica (menos del 70% de lo estimado por fórmula) por sobre isocalórica.**

# Guías ASPEN-SCCM 2016 - Recomendaciones para el Soporte Nutricional del Paciente Crítico con SDRA

¿Cuál es la proporción óptima de carbohidratos/grasas para el paciente adulto de la UCI con insuficiencia pulmonar?

- Sugerimos que las formulaciones especiales altas en grasas/bajas en carbohidratos diseñadas para afectar el cociente respiratorio y reducir la producción de CO<sub>2</sub> no se utilicen en pacientes de UCI con insuficiencia respiratoria aguda. (Calidad de la evidencia: muy baja)
- **Justificación:** Los resultados de estudios no controlados sugerirían que aumentar la proporción de macronutrientes grasa/carbohidratos se vuelve clínicamente significativo para reducir la producción de CO<sub>2</sub> solo en el paciente de la UCI que está siendo sobrealimentado. Es mucho menos probable que la composición de macronutrientes afecte la producción de CO<sub>2</sub> cuando el plan de soporte nutricional se aproxima a los requisitos de energía. *Se debe hacer un esfuerzo para **evitar que la provisión total de energía exceda los requerimientos**, ya que la producción de CO<sub>2</sub> aumenta significativamente con la lipogénesis y puede tolerarse mal en el paciente que es propenso a la retención de CO<sub>2</sub>.*

# Guías Alemanas de SN en Paciente Crítico 2019 – Recomendaciones para el Soporte Nutricional en Posición prono

¿Debería interrumpirse el suministro de nutrientes enterales en pacientes tratados con una posición prono?

- **Cuando el tracto gastrointestinal está funcionando, se pueden proporcionar nutrientes a través del estómago/yeyuno también a pacientes tratados con una posición de prono. Consenso fuerte (100%)**

**Comentario:** La posición de prono o posición-135, respectivamente, es una parte esencial del tratamiento del SDRA. Se planteó la hipótesis de que una posición prona aumenta la presión intraabdominal, lo que empeora la motilidad gastrointestinal y la perfusión visceral. Los cambios secundarios en el transporte y la absorción de nutrientes podrían así afectar la Terapia Nutricional. En consecuencia, se cuestionó si sería aconsejable iniciar o continuar la nutrición enteral en estos pacientes. La evidencia disponible para apoyar/contradecir esta hipótesis es baja, pero indica que probablemente sea seguro proporcionar nutrición enteral a los pacientes tratados en posición prona.

**Para la práctica clínica, sugerimos administrar nutrición enteral a los pacientes tratados con una posición prona de la siguiente manera:** *Si un paciente requiere nutrición enteral, y si la hemodinámica es lo suficientemente estable, toda la cama se coloca en una posición de Trendelenburg.* Durante la higiene oral intensificada, las enfermeras deben buscar activamente signos clínicos de regurgitación (identificación de partículas de alimento en la cavidad oral). Cuando un paciente presenta antecedentes de retraso en el vaciamiento gástrico, los médicos deben iniciar temprano la inserción de una sonda de alimentación yeyunal. La evidencia disponible no indica que los pacientes tratados con una posición prona desarrollen trastornos de absorción relevantes.

Sin embargo, en la fase temprana después de un cambio en la posición del paciente, es aconsejable controlar de cerca la concentración de glucosa en sangre, particularmente durante la infusión de insulina.

# Referencias bibliográficas:

Clinical Nutrition 38 (2019) 48–79



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>



ESPEN Guideline

ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit

Pierre Singer<sup>a,\*</sup>, Annika Reintam Blaser<sup>b,c</sup>, Mette M. Berger<sup>d</sup>, Waleed Alhazzani<sup>e</sup>, Philip C. Calder<sup>f</sup>, Michael P. Casaer<sup>g</sup>, Michael Hiesmayr<sup>h</sup>, Konstantin Mayer<sup>i</sup>, Juan Carlos Montejo<sup>j</sup>, Claude Pichard<sup>k</sup>, Jean-Charles Preiser<sup>l</sup>, Arthur R.H. van Zanten<sup>m</sup>, Simon Oczkowski<sup>e</sup>, Wojciech Szczeklik<sup>n</sup>, Stephan C. Bischoff<sup>o</sup>



*Clin Nutr ESPEN*. 2019 Oct;33:220-275. doi: 10.1016/j.clnesp.2019.05.002. Epub 2019 Jul 9.

## Clinical Nutrition in Critical Care Medicine - Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM).

Elke G<sup>1</sup>, Hartl WH<sup>2</sup>, Kreymann KG<sup>3</sup>, Adolph M<sup>4</sup>, Felbinger TW<sup>5</sup>, Graf T<sup>6</sup>, de Heer G<sup>7</sup>, Heller AR<sup>8</sup>, Kampa U<sup>9</sup>, Mayer K<sup>10</sup>, Muhl E<sup>11</sup>, Niemann B<sup>12</sup>, Rümelin A<sup>13</sup>, Steiner S<sup>14</sup>, Stoppe C<sup>15</sup>, Weimann A<sup>16</sup>, Bischoff SC<sup>17</sup>.

Clinical Guidelines

## Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)

Stephen A. McClave, MD<sup>1\*</sup>; Beth E. Taylor, RD, DCN<sup>2†</sup>; Robert G. Martindale, MD, PhD<sup>3</sup>; Malissa M. Warren, RD<sup>4</sup>; Debbie R. Johnson, RN, MS<sup>5</sup>; Carol Braunschweig, RD, PhD<sup>6</sup>; Mary S. McCarthy, RN, PhD<sup>7</sup>; Evangelia Davanos, PharmD<sup>8</sup>; Todd W. Rice, MD, MSc<sup>9</sup>; Gail A. Cresci, RD, PhD<sup>10</sup>; Jane M. Gervasio, PharmD<sup>11</sup>; Gordon S. Sacks, PharmD<sup>12</sup>; Pamela R. Roberts, MD<sup>13</sup>; Charlene Compher, RD, PhD<sup>14</sup>; and the Society of Critical Care Medicine<sup>†</sup> and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition<sup>†</sup>

aspen LEADING THE RESEARCH AND KNOWLEDGE OF CLINICAL NUTRITION  
American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

Journal of Parenteral and Enteral Nutrition  
Volume 40 Number 2  
February 2016 159–211  
© 2016 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Society of Critical Care Medicine  
DOI: 10.1177/0148607115621863  
[jpen.sagepub.com](http://jpen.sagepub.com)  
hosted at  
[online.sagepub.com](http://online.sagepub.com)

