



FLUJOGRAMA SINDROME REALIMENTACIÓN (SRA)



ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

SRA

Es la reducción en los niveles de 1 o cualquier combinación de P, K y/o Mg, o la manifestación de la deficiencia de tiamina, que se desarrolla (horas a días) después del inicio de la provisión de calorías (en forma oral, enteral o parenteral) en un individuo expuesto a un período sustancial de desnutrición.

Puede manifestarse a cualquier edad desde el nacimiento.

(1) CONSIDERAR CRITERIOS RIESGO DE SRA



**RIESGO MODERADO:
2 CRITERIOS NECESARIOS**



**RIESGO SIGNIFICATIVO:
1 CRITERIO NECESARIO**

IMC 16–18,5 kg/m²

Pérdida de peso del 5% en 1 mes

Sin ingesta o < al 75% en 1 semana o más durante una enfermedad aguda

Pérdida moderada de grasa subcutánea

Pérdida leve a moderada de masa muscular

Enfermedad moderada

Niveles bajos de K, P, Mg.

IMC < a 16 kg/m²

Pérdida de peso del 7,5% en 3 meses o > 10% en 6 meses

Sin ingesta o < al 50% más de 5 días durante una enfermedad aguda

Pérdida severa de grasa subcutánea

Pérdida severa de masa muscular

Enfermedad grave

Niveles bajos de K, P, Mg. que requieran múltiples reposiciones

CHEQUEAR SIEMPRE LABORATORIO ANTES DE INICIAR SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON RIESGO DE SRA



**ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL**

(2) CONSIDERAR ENFERMEDADES Y CONDICIONES CLÍNICAS ASOCIADAS CON UN MAYOR RIESGO DE SINDROME DE REALIMENTACIÓN



- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Trastorno crónico por consumo de alcohol o drogas.
- Disfagia y dismotilidad esofágica.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Hiperemesis gravídica o vómitos incoercibles.
- Estados malabsortivos.
- Cáncer.
- Deterioro neurológico avanzado.
- Post operatorio de cirugía bariátrica.
- Postoperatorios con complicaciones.
- Ayuno prolongado.
- Desnutrición.

**“EL SRA PUEDE
MANIFESTARSE A
CUALQUIER EDAD A
PARTIR DEL
NACIMIENTO”**

(3) CONSIDERAR SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS CON EL SRA GRAVE

HIPOFOSFATEMIA

NEUROLÓGICO: Parestesias, debilidad, delirio, desorientación, encefalopatía, convulsiones, coma, tetania.

CARDÍACO: Hipotensión, shock, disminución del volumen sistólico, disminución de la presión arterial, media, aumento de la presión de cuña.

PULMONAR: Debilidad diafragmática, insuficiencia respiratoria, disnea.

HEMATOLÓGICA: Hemólisis, Trombocitopenia, disfunción leucocitaria.

HIPOPOTASEMIA

NEUROLÓGICO: Parálisis, debilidad.

CARDÍACO: Arritmias.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

GASTROINTESTINAL: Náuseas, vomito, estreñimiento.

OTRO: Rabdomiolisis, necrosis muscular.

HIPOMAGNESEMIA

NEUROLÓGICO: Debilidad, temblor, espasmos musculares, cambios en el estado mental, tetania, convulsiones, coma.

CARDÍACO: Arritmias.

GASTROINTESTINAL: Anorexia, náuseas, vómito, estreñimiento.

DEFICIENCIA TIAMINA

ENCEFALOPATIA

ACIDOSIS LÁCTICA

NISTAGMO

DEMENCIA

SINDROME DE WERNICKE

PSICOSIS DE KORSAKOFF

BERIBERI HÚMEDO Y SECO

RETENCION DE SODIO

SOBRECARGA DE FLUÍDOS

EDEMA PULMONAR

DESCOMPENSACIÓN CARDÍACA



ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN

SI



LEVE
Reducción
del 10-20%

MODERADO
Reducción
del 20-30%

GRAVE
Reducción >
30% y/o
disfunción
orgánica y/o
déficit de
Tiamina



EVALUAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SRA

**RETRASAR EL INICIO DEL SOPORTE
NUTRICIONAL Y/O PROGRESIÓN HASTA
CORREGIR DÉFICIT**

NO

Valores Normales:
P: 2,5-4,5 mg/dl
K: 3,5-4,8 mEq/l
Mg: 1,7-2,55 mg/dl



**INICIO DEL SOPORTE
NUTRICIONAL**

Progresión lenta y
escalonada según
fase de criticidad
según protocolo



"Reevaluar los
requerimientos al
menos 1 vez x semana
o ante la presencia
de cambios en la
condición clínica del
paciente"



AANEP

ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

TRATAMIENTO DEL SRA



CORREGIR DÉFICIT DE ELECTROLITOS

POTASIO

SEVERIDAD	VALORES PLASMÁTICOS	DÉFICIT CORPORAL TOTAL ESTIMADO	REPOSICIÓN
LEVE	3.5 A 3 MEQ/L	200 A 400 MEQ	VÍA ORAL O EV: 40 A 80 MEQ POR DÍA VIA EV: HASTA 10 MEQ/10H
MODERADO	2.9 A 2.5 MEQ/L	400 A 800 MEQ	VÍA ORAL O EV: 40 A 80 MEQ POR DÍA VIA EV: HASTA 10 MEQ/10H
SEVERO	2.4 MEQ/L	>800 MEQ	VÍA ORAL O EV: 40 A 80 MEQ POR DÍA VIA EV: HASTA 10 MEQ/10H

PRESENTACIONES FARMACOLÓGICAS DISPONIBLES MAS COMUNES:
GLUCONATO DE POTASIO. JARABE 31.2 G/100 ML VÍA ORAL (*)
CLORURO DE POTASIO. CÁPSULAS POR 600 MG (*)
CLORURO DE POTASIO. AMPOLLAS POR 15 MEQ/5 ML.
(*) 1 MG = 0.26 MEQ



AANEP

ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

FÓSFORO

SEVERIDAD	VALORES PLASMÁTICOS	REPOSICIÓN		
		40 A 60 KG	61 A 80 KG	81 A 120 KG
LEVE	2.5 A 2 MG/DL	30	30	30
MODERADO	1.9 A 1.0 MG/DL	20	20	20
SEVERO	1.0 MG/DL O MENOS	10	10	10

PRESENTACIONES FARMACÓLOGICAS DISPONIBLES MAS COMUNES:
NO SE DISPONE FORMA FARMACÉUTICA VÍA ORAL.
FOSFATO DE POTASIO. AMPOLLAS POR 60 MEQ/10 ML (**)
FOSFATO DE SODIO. AMPOLLAS POR 30 MMOL/5 ML.
(*) LA REPOSICIÓN DEBE TENER UNA DURACIÓN NOMENOR A 6 HS.
(**) 1 MEQ/L = 1 MMOL/L

MAGNESIO

1 O 2 AMPOLLAS DILUÍDAS EN 100 ML DE SOLUCIÓN SALINA 0.9% O DEXTOSA 5%
A PASAR EN 10 MINUTOS SUELE SER SUFICIENTE PARA NORMALIZAR LOS
VALORES Y TRATAR LOS SINTOMAS ASOCIADOS.
SE PUEDE REPETIR SEGÚN SEA NECESARIO.
SE DISPONE DE SULFATO DE MAGNESIO 25% EN AMPOLLAS POR 5 O 10 ML.

REPOSICIÓN ORAL SOLO EN DÉFICIT LEVES

EN DEPLECIONES SEVERAS / SINTOMÁTICAS DEBE SER VÍA ENDOVENOSA

SIEMPRE REPONER EL DÉFICIT ESTIMADO MÁS LAS PÉRDIDAS ACTUALES

TRATAMIENTO DEL SRA

SUPLEMENTAR TIAMINA: 200 a 300 mg. intravenoso 30 minutos antes de iniciar el soporte nutricional según Guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2 y 3) o 100 mg /día antes de iniciar la nutrición y 100 mg/día durante 5–7 días o más en pacientes con inanición severa.



Agregar Multivitamínico oral / enteral 1 vez x día x 10 días (hierro, si es necesario luego del séptimo día).



INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL



ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL (1)

Iniciar con 100 – 150 gr. de dextrosa o 10 – 20 kcal/kg.
durante los primeros 3 días.

Avanzar en un 33% de la meta cada 1 a 2 días
(Considerar progresión según etapa de criticidad de paciente crítico)

Monitorizar cada 12 horas durante los primeros 3 días en pacientes de alto riesgo.

Control diario de K, P Md los primeros 3 días, luego cada 2 días.
Exámen físico

Si los electrolitos se vuelven difíciles de corregir o caen precipitadamente durante el inicio de la nutrición, disminuir las calorías / gramos de dextrosa en un 50% y avanzar en un 33% del objetivo cada 1-2 días.

BIBLIOGRAFIA:

(1) ASPEN CONSENSUS RECOMMENDATIONS FOR REFERDING SYNDROME, NUTRITION IN CLINICAL PRACTICE 35 (2) APRIL 2020.

(2) GALINDO MCA ET AL, SINDROME DE REALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO.REV MEX PATOL CLIN MED LAB 2019; 66 (3): 154-159

(3) REFEEDING SYNDROME: WHAT IT IS AND HOW TO PREVENT AND TREAT IT HISHAM M. MEHANNA, JAMIL MOLEDINA, JANE TRAVIS.2008 JUN 28; 336 (7659): 1495-1498.



ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL