

Nutrición hospitalaria y síndrome de realimentación

La desnutrición se diagnostica poco y empeora todo: infección, úlceras, estancia, mortalidad. Pero alimentar mal también daña: en el muy desnutrido, reintroducir calorías sin cuidado desploma el fósforo y puede matar.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·
@davidrojas_medicinainternista

Basado en: cribado y soporte nutricional del paciente hospitalizado y prevención del síndrome de realimentación.

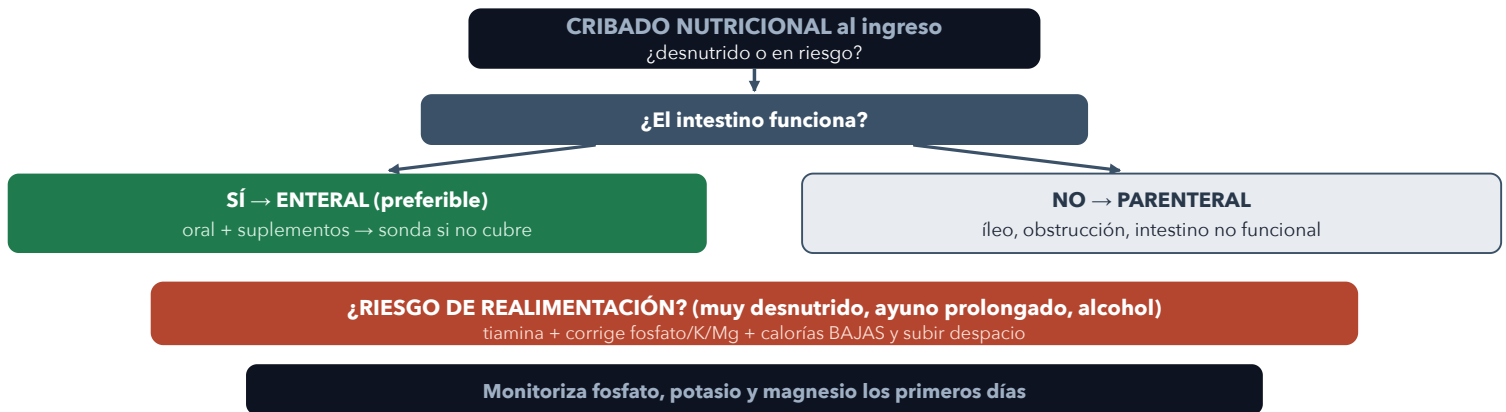
- 01 Nutrir, pero con cuidado
- 02 El abordaje nutricional
- 03 La desnutrición hospitalaria
- 04 Enteral vs parenteral
- 05 Síndrome de realimentación
- 06 Prevenir la realimentación
- 07 Cuánto y qué
- 08 Poblaciones especiales
- 09 Quién está en riesgo
- 10 Complicaciones del soporte
- 11 Vitaminas y micronutrientes
- 12 Lo que sí funciona
- 13 Para llevar a la guardia

01 Nutrir, pero con cuidado

CAJA DE DECISIÓN

Tres pasos: **(1) criba** el estado nutricional **al ingreso** (es frecuente y se pasa por alto); **(2) nutre por la vía adecuada** —«si el intestino funciona, úsalo» (enteral) y reserva la parenteral para cuando no—; **(3) identifica el riesgo de síndrome de realimentación** en el muy desnutrido y, si existe, da **tiamina**, corrige electrolitos y sube las calorías **despacio**. Nutrir tarde daña; nutrir de golpe al desnutrido **mata**.

02 El abordaje nutricional



Abordaje nutricional recreado por Sala-7. El paso rojo —el riesgo de realimentación— es el que no se puede pasar por alto: vigilar el fosfato salva vidas.

03 La desnutrición hospitalaria

- **Criba al ingreso** (herramientas tipo NRS-2002 o MUST): pérdida de peso no intencional, baja ingesta, IMC bajo, gravedad de la enfermedad. Es frecuente y **empeora infección, cicatrización, úlceras, estancia y mortalidad**.
- **Ojo con la albúmina:** baja sobre todo por **inflamación** (es un reactante negativo), no es un buen marcador puro de nutrición. Valora la **masa muscular** y la **ingesta real**.

04 Enteral vs parenteral

SI EL INTESTINO FUNCIONA, ÚSALO

La **vía enteral** es preferible: mantiene la **barrera intestinal**, tiene **menos infecciones** y complicaciones que la parenteral y es más fisiológica. Empieza por la **vía oral** (con **suplementos** si no cubre) y pasa a **sonda** si la ingesta es insuficiente. Reserva la **parenteral** para cuando el tubo digestivo **no funciona** (íleo, obstrucción, isquemia, fístula de alto débito).

05 Síndrome de realimentación

- En el **muy desnutrido** (ayuno prolongado, alcoholismo, anorexia, IMC muy bajo, poca ingesta > 5-10 días), al **reintroducir calorías** la **insulina** empuja **fosfato, potasio y magnesio** hacia la célula → **hipofosfatemia** (el sello), hipopotasemia, hipomagnesemia, retención de líquido y déficit de **tiamina**.
- El resultado puede ser **arritmia, insuficiencia cardiaca, debilidad respiratoria, convulsiones y muerte**. Aparece en los **primeros días** de realimentar.

06 Prevenir la realimentación

LO QUE EVITA LA CATÁSTROFE

Identifica al de riesgo antes de alimentar. Da **tiamina** (antes o junto con las primeras calorías) y **corrige fosfato, potasio y magnesio**. Inicia con pocas calorías (en alto riesgo, alrededor de 10 kcal/kg/día) y **súbelas despacio** a lo largo de varios días, **monitorizando a diario** el fosfato, el potasio y el magnesio. La prisa por «nutrir mucho» es justo lo que daña.

07 Cuánto y qué

- **Requerimientos orientativos:** energía ~25-30 kcal/kg/día y proteína ~1-1.5 g/kg/día, ajustados a la situación. **No sobrealimentes:** el exceso da hiperglucemia, esteatosis y más CO₂.
- **Individualiza:** el **crítico** tiene metas propias (inicio gradual, proteína adecuada); ajusta en **obesidad, ERC y hepatopatía**. Reevalúa la ingesta real y los electrolitos con frecuencia.

08 Poblaciones especiales

- **Disfagia:** valora la deglución (riesgo de aspiración), adapta texturas y consistencia de líquidos; involucra a fonoaudiología/nutrición.
- **El anciano que no come** (ver Geriátrica): busca causas reversibles (boca, fármacos, depresión, estreñimiento). En **cuidados paliativos** al final de la vida, **no fuerces** la alimentación: prioriza el confort.

09 Quién está en riesgo de realimentación

Categoría	Criterios (orientativos)
Riesgo ALTO (uno basta)	IMC < 16 · pérdida > 15% en 3-6 meses · poca o nula ingesta > 10 días · K, fosfato o Mg bajos antes de alimentar
Riesgo (dos o más)	IMC < 18.5 · pérdida > 10% en 3-6 meses · poca ingesta > 5 días · alcoholismo o fármacos (insulina, quimio, diuréticos, antiácidos)
Pensar siempre en...	Anorexia nerviosa, posbariátrica, ayuno/huelga, oncológico desnutrido, anciano con baja ingesta

10 Complicaciones del soporte

- **Enteral: aspiración** (eleva la cabecera, valora la posición de la sonda), diarrea/intolerancia, obstrucción o desplazamiento de la sonda, y el propio síndrome de realimentación.
- **Parenteral: infección del catéter** (bacteriemia asociada a línea), **hiperglucemia**, alteración hepática y, también, realimentación. Por eso, **a igualdad de condiciones, la enteral es más segura**.
- **Monitoriza:** glucemia, electrolitos (sobre todo **fosfato/K/Mg** al inicio), función hepática, balance y la **ingesta real**. La **nutrición trófica** (bajas cantidades) ayuda a mantener el intestino aun cuando no se cubran todas las calorías.

11 Vitaminas y micronutrientes

- **Tiamina (B1):** en el alcohólico o desnutrido, **dásela ANTES o junto con la glucosa** para prevenir la **encefalopatía de Wernicke**; una carga de glucosa sin tiamina puede precipitarla.
- **Otros déficits frecuentes: vitamina D, B12 y folato** (anemia, neuropatía), **zinc** (cicatrización, piel) y hierro. Repón los que correspondan y, en el desnutrido, **suplementa micronutrientes** de entrada.
- En contextos de **realimentación**, la tiamina y el seguimiento de **fosfato, potasio y magnesio** son lo prioritario los primeros días.

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST DE NUTRICIÓN

- ✓ **Criba al ingreso;** la desnutrición empeora todos los desenlaces.
- ✓ **Si el intestino funciona, vía enteral** (oral → sonda); parenteral solo si no.
- ✓ La **albúmina** mide inflamación, no nutrición pura.
- ✓ **Riesgo de realimentación** → tiamina + electrolitos + calorías bajas y lentas.
- ✓ Vigila el **fosfato** (y K, Mg) los primeros días: es el que avisa.
- ✓ No **sobrealimentes**; individualiza y en paliativos prioriza el confort.

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- Desnutrición = frecuente e infradiagnosticada; **críbala al ingreso**.
- **Intestino funcional → enteral**; la parenteral es el último recurso.
- **Realimentación**: en el muy desnutrido, las calorías de golpe **desploman el fósforo**.
- Prevén con **tiamina, electrolitos y calorías bajas que suben despacio**.
- **No sobrealimentes**; al final de la vida, confort sobre calorías.