



Editorial

Rehabilitación intestinal desde la UCI

Intestinal rehabilitation from the ICU

Reabilitação intestinal da UTI

Trejos-Gallego Diana¹

1. Nutricionista Hospital Santa Sofía de Caldas, PhD. Docente de Nutrición Especialización en medicina intensiva de la Universidad de Manizales, Caldas, Colombia.

Correspondencia : dtrejosg@yahoo.com

Enviado: 16 de enero 2023

Aceptado: 20 de enero 2023

Primero en línea: 3 de marzo 2023

DOI: 10.35454/rncm.v6n2.487

Obra bajo [licencia Creative Commons \(CC BY-NC-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



Los procesos de rehabilitación en la unidad de cuidados intensivos (UCI), son asociados generalmente a la terapia física o de rehabilitación integral, la cual incluye fonoaudiología, fisioterapia, psicología y terapia ocupacional entre otros. La terapia médica nutricional se desarrolla como un proceso que se recomienda iniciar en las primeras 48 horas de ingreso del paciente a la unidad, y que se articula durante la estancia en UCI con las terapias de rehabilitación. Sin embargo, no es concebida como un proceso que incluya rehabilitación.

La organización mundial de la salud (OMS), en el año 2021 definió la rehabilitación, como un conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad (1). Al presentarse una situación de disfunción gastrointestinal (DGI), que incluye insuficiencia o falla intestinal, se acompaña de disminución o pérdida del proceso de absorción intestinal, el cual requiere rehabilitación, para que la función afectada pueda recuperarse.

Dos de cada tres pacientes críticos presentan diariamente algún tipo de situación de insuficiencia intestinal. Los detonantes más frecuentes de esta situación en la UCI son alteraciones en la motilidad y / o absorción, rupturas en la integridad de la mucosa, cambios en el microbioma, aumento de la presión intraabdominal, alteraciones de la perfusión mesentérica, e infecciones del tracto gastrointestinal (TGI). Los síntomas y signos de la DGI son diversos, e incluyen náuseas, distensión abdominal, alteración de la motilidad gastrointestinal, intolerancia alimentaria y / o íleo. Esta sintomatología es la causa de que estos pacientes solo reciban aproximadamente la mitad de los requerimientos nutricionales estimados por la vía enteral, y queden sometidos a riesgos de desnutrición aguda y complicaciones asociadas (2-4).

La heterogeneidad de la disfunción gastrointestinal impide un manejo nutricional uniforme de todos los pacientes críticos, pero justifica su detección temprana y la implementación de cuidados individualizados. Manejar las diferentes situaciones desde un punto de vista práctico, metabólico y nutricional es un desafío que requiere educación que permita visibilizar esta situación.

Actualmente, la lesión gastrointestinal aguda no solo se ha definido, sino que también, ha evolucionado hasta convertirse en un concepto de puntaje de disfunción gastrointestinal, basado en el modelo de puntaje de evaluación de falla orgánica secuencial (SOFA, por sus siglas en inglés), y que va de 0 (sin riesgo) a 4 (potencialmente mortal). Pero aún no existe un biomarcador específico, confiable y reproducible vinculado a la DGI. Por este motivo, evaluar el riesgo nutricional es el primer paso cuando se aborda la terapia nutricional y debe considerarse a estos pacientes como los de más alto riesgo nutricional por su disminución a ausencia en la capacidad de absorción. Dependiendo de la gravedad de la falla gastrointestinal y sus manifestaciones clínicas, el manejo nutricional debe ser individual para incluir la prevención de la desnutrición y la deshidratación, y la administración de micronutrientes esenciales objetivo (5,6).

El objetivo de la rehabilitación intestinal es llevar al paciente a una vía entérica funcional que permita la absorción plena de los nutrientes y en lo posible, sea suministrada de forma oral con una alimentación normal. El conocimiento de los facilitadores en los procesos de absorción intestinal, como la osmolaridad y composición de las fórmulas y alimentos suministrados, velocidad de infusión, tiempo de progresión o avance del tipo de nutrición o dieta, zona de absorción afectada, velocidad de tránsito, uso de medicamentos proadaptativos, proquinéticos y/o antidiarréicos, e inhibidores de la bomba de protones, aminoácidos específicos, probióticos y prebióticos, entre otros, junto a la comprensión del proceso de proliferación, diferenciación y apoptosis celular de criptas y vellosidades, ha permitido que se reconozca la necesidad de entrenamiento en dichos temas por parte del grupo de UCI tratante (6).

Por este motivo tanto la European Society for clinical nutrition and metabolism (ESPEN) como la European society of intensive medicine (ESICM), han indicado recomendaciones para el manejo de este tipo de pacientes, como el inicio de nutrición parenteral, sola o combinada con la alimentación enteral, cuando el intestino no es capaz de procesar las necesidades, y usar la vía enteral tan pronto como sea posible, sin embargo, para definir adecuada y oportunamente esta

posibilidad de uso, se hace necesaria la educación al equipo tratante, para no dejar a juicios subjetivos el proceso de rehabilitación intestinal desde la UCI.

Dado que el no uso del intestino, así solo absorba un pequeño porcentaje de lo habitual, genera mayor atrofia intestinal y retrasa la rehabilitación integral del paciente, genera mayor estancia hospitalaria, aumento en el número de infecciones por traslocación intestinal, mayores costos al sistema de salud, y lo más importante impacta negativamente la calidad de vida del paciente y su familia. Se hace necesario capacitar a los equipos de UCI, en rehabilitación intestinal, ya que son muy pocas las unidades en el país que se dedican a estos procesos y los traslados de regiones a las ciudades principales, suelen ser muy demorados, afectando aún más al paciente y al sistema de salud.

Referencias

1. Organización mundial de la salud. [Internet]. 2021 [citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/rehabilitation#:~:text=La%20rehabilitaci%C3%B3n%20se%20define%20como,la%20interacci%C3%B3n%20con%20su%20entorno%C2%BB>.
2. Reintam Blaser A, Preiser JC, Fruhwald S, et al. Working Group on Gastrointestinal Function within the Section of Metabolism, Endocrinology and Nutrition (MEN Section) of ESICM. Gastrointestinal dysfunction in the critically ill: a systematic scoping review and research agenda proposed by the Section of Metabolism, Endocrinology and Nutrition of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care* 2020; 24:224. DOI: 10.1186/s13054-020-02889-4
3. Singer P, Reintam-Blaser A, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr* 2019; 38:48–79. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037
4. Heinonen T, Ferrie S, Ferguson C. Gut function in the intensive care unit - what is 'normal'? *Aust Crit Care* 2020; 33:151–154. DOI: 10.1016/j.aucc.2018.12.007

5. Reintam Blaser A, Padar M, Mandul M, et al. Development of the Gastrointestinal Dysfunction Score (GIDS) for critically ill patients - a prospective multicenter observational study (iSOFA study). Clin Nutr 2021; 40:4932–4940. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.07.015
6. Berger MM, Hurni C A. Management of gastrointestinal failure in the adult critical care setting. Current opinion in critical care, 2022 28(2), 190–197. DOI: 10.1097/MCC.0000000000000924

Primero en Línea