

Reunión Clínica 13 de Junio 2020

10:00 – 10:45

“CONTROL GLICÉMICO INTRAHOSPITALARIO EN ASISTENCIA NUTRICIONAL”

Presenta: Dra. Camila Hernández Soto

Becada 4° año, Programa de Nutrición Clínica y Diabetología

Comentarios: Dr. Felipe Pollak Cornejo

Pontificia Universidad Católica de Chile

El manejo de la hiperglicemia intrahospitalaria es un desafío importante debido a las variables que existen en pacientes hospitalizados, como estrés secundario al diagnóstico, medicamentos, cambios en la ingesta calórica y el antecedente conocido (o muchas veces desconocido) de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Por otro lado, la prevalencia de desnutrición en el paciente hospitalizado es alta, entre un 30% y 50%, por lo que el inicio del soporte nutricional es clave y, en ausencia de la posibilidad de nutrición por vía oral puede ser un desafío para lograr un óptimo control glicémico cuando se usa nutrición enteral o parenteral.

La decisión de iniciar nutrición enteral debe basarse en el estado nutricional del paciente, la habilidad para alcanzar los requerimientos nutricionales estimados y el grado de funcionamiento intestinal. Su indicación en un paciente con DM o con hiperglicemia es similar que para aquellos normoglicémicos, pero lo que difiere es cómo incorporar la nutrición en un protocolo de manejo glicémico establecido previamente. Los objetivos son optimizar parámetros nutricionales, adecuado control glicémico, evitar trastornos hidroelectrolíticos y prevenir intolerancias del tubo digestivo. La nutrición enteral aumenta el riesgo de hiperglicemia tanto en pacientes hospitalizados críticos como en los no críticos, sin embargo, teniendo mayor riesgo aquellos pacientes con hiperglicemia sin diagnóstico previo de DM. La correcta elección de la fórmula enteral puede hacer una diferencia en el control glicémico y en los requerimientos de insulina en estos pacientes. Fórmulas con menor aporte de hidratos de carbono y mayor aporte de ácidos grasos monoinsaturados ha mostrado lograr niveles de glicemia más estables con menos hipoglicemias, asociado al efecto de un mayor aporte de lípidos que retardan el vaciamiento gástrico y fibra que retarda la absorción intestinal de los hidratos de carbono, comportándose con menor índice glicémico.

Existe un riesgo mayor de hiperglicemia con el inicio de nutrición parenteral, y a pesar de que la vía enteral siempre será de elección frente a la parenteral por sus múltiples beneficios existen pacientes con contraindicación a la utilización del tubo digestivo como vía de nutrición. La alta carga de glucosa en las formulaciones estándar de nutrición parenteral frecuentemente resulta en hiperglicemia significativa, la que se asocia con mayor incidencia de complicaciones y mortalidad en pacientes críticos en UCI. Dentro de las causas de hiperglicemia secundaria a nutrición parenteral se encuentra la ausencia del estímulo de incretinas, llevando a una liberación continua de glucosa y glucagón.

Es por lo tanto frecuente en nuestra práctica clínica la evaluación del equipo de Diabetología en este grupo de pacientes, aquellos con alteraciones glicémicas en contexto de necesidad de soporte. El control glicémico en estos pacientes puede lograrse, pero deben existir claros lineamientos del manejo e idealmente protocolos establecidos en cada centro de atención, por lo que es de suma relevancia que el especialista se encuentre preparado para el enfrentamiento de este desafío clínico.

Referencias:

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care in the Hospital. Diabetes Care 2020 Jan; 43 (Supplement 1): S193-S202
2. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition support of adult patients with hyperglycemia. J Parenter Enteral Nutr 2013; 37: 23-36.
3. Davidson P, Kwiatkowski CA, Wien M. Management of hyperglycemia and enteral nutrition in the hospitalized patient. Nutr Clin Pract 2015; 30: 652-59.
4. Manual de terapia nutricional en el paciente hospitalizado. 2ª Edición. Ed. Mediterráneo. 2018