



Rehabilitación intestinal desde la UCI

Intestinal rehabilitation from the ICU

Reabilitação intestinal da UTI

Diana Trejos-Gallego, PhD*

Enviado: 16 de enero de 2023. Aceptado para publicación: 20 de enero de 2023.
Primero en línea: 1 de marzo de 2023.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v6n2.487>

Los procesos de rehabilitación en la unidad de cuidados intensivos (UCI) generalmente se asocian con la terapia física o con la rehabilitación integral, la cual incluye fonoaudiología, fisioterapia, psicología y terapia ocupacional, entre otras. 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 se concibe como un proceso que incluya rehabilitación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 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, esta se acompaña de disminución o pérdida del proceso de absorción intestinal, la 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 las alteraciones en la motilidad 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 e 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 se sometan a riesgos de desnutrición aguda y complicaciones asociadas⁽²⁻⁴⁾.

La heterogeneidad de la DGI 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 una educación que permita visibilizar esta situación.

Actualmente, no solo se ha definido la lesión gastrointestinal aguda, sino que también ha evolucionado hasta convertirse en un concepto de puntaje de DGI basado en el modelo de puntaje de evaluación de la falla orgánica secuencial (SOFA). Esta 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 y ausencia en la capacidad de absorción. Dependiendo de la gravedad de la falla gastrointestinal y sus manifestaciones clínicas, el manejo nutricional se debe individualizar 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, que se

*Correspondencia: Diana Trejos-Gallego.
dtrejosg@yahoo.com



suministre de forma oral con una alimentación normal. El conocimiento de los facilitadores en los procesos de absorción intestinal, como la osmolaridad y la composición de las fórmulas y los alimentos suministrados, la velocidad de infusión, el tiempo de progresión o avance del tipo de nutrición o la dieta, la zona de absorción afectada, la velocidad de tránsito, el uso de medicamentos proadaptativos, procinéticos y antidiarreicos, y los inhibidores de la bomba de protones, aminoácidos específicos, probióticos y prebióticos, entre otros, junto con la comprensión del proceso de proliferación, diferenciación y apoptosis celular de las criptas y las 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 la 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, esto genera mayor estancia hospitalaria, aumento en el número de las 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 la rehabilitación intestinal, ya que son muy pocas las unidades en el país que se dedican a estos procesos y los traslados de las regiones a las ciudades principa-

les suelen ser muy demorados, lo que afecta aún más al paciente y al sistema de salud.



Diana Trejos-Gallego, PhD
Nutricionista, Hospital Santa Sofía de Caldas. Docente de Nutrición, especialización en Medicina Intensiva, Universidad de Manizales. Caldas, Colombia.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación [Internet]. 2021. [Citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
2. Reintam Blaser A, Preiser JC, Fruhwald S, Wilmer A, Wernerman J, Benstoem C, et al. 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(1):224. doi: 10.1186/s13054-020-02889-4
3. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2019;38(1):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(2):151-4. doi: 10.1016/j.aucc.2018.12.007
5. Reintam Blaser A, Padar M, Mändul M, Elke G, Engel C, Fischer K, et al. Development of the gastrointestinal dysfunction score (GIDS) for critically ill patients - A prospective multicenter observational study (iSOFA study). *Clin Nutr*. 2021;40(8):4932-40. doi: 10.1016/j.clnu.2021.07.015
6. Berger MM, Hurni CA. Management of gastrointestinal failure in the adult critical care setting. *Curr Opin Crit Care*. 2022;28(2):190-7. doi: 10.1097/MCC.0000000000000924