



TERAPIA NUTRICIONAL

Boletín N° 03 de la Revista NutriBBraun y la Academia Aesculap

"RECONOCIMIENTO DE LA MALNUTRICIÓN EN ADULTOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS: GUÍA GLIM PARA TERAPIA INTENSIVA"



**Dr. Fernando
Lipovestky**

- Médico especialista en
Terapia intensiva
- Médico especialista en
Nutrición, experto en
Soporte Nutricional
- Profesor Universitario
- Medical Advisor en
Nutrición B.Braun Perú

Este boletín ofrece una adaptación práctica del artículo titulado "**Reconociendo la malnutrición en adultos con enfermedad crítica: Declaraciones de orientación de la Iniciativa Global de Liderazgo sobre la Malnutrición**", publicado el 31 de marzo de 2025 en **JPEN**. El documento fue elaborado por un panel global de expertos con el objetivo de mejorar la detección, diagnóstico y reevaluación de la malnutrición en pacientes críticamente enfermos.

Con base en un consenso experto, se han establecido recomendaciones clave con un alto grado de acuerdo (mayor al 90% en todos los casos), fundamentadas en la evidencia más actualizada y con aplicación directa en la práctica clínica.

Recomendaciones clave desarrolladas:

1. Evaluación del riesgo nutricional en las primeras 24-48 horas del ingreso a la UCI (Acuerdo: 94%)

La identificación temprana del riesgo nutricional permite intervenir de manera proactiva, evitando complicaciones clínicas graves. Los pacientes críticos se encuentran en un estado de inflamación sistémica y alto riesgo de deterioro nutricional. El uso de herramientas validadas garantiza la homogeneidad y calidad en la detección. La evaluación debe ser realizada por personal capacitado y registrada formalmente en la historia clínica.

2. Evaluación nutricional completa con los criterios GLIM (Acuerdo: 97%)

Los criterios GLIM proporcionan una estructura clara que integra datos fenotípicos y etiológicos. En el paciente crítico, el criterio etiológico (inflamación o enfermedad aguda) está siempre presente, por lo que debe enfocarse en documentar criterios fenotípicos como pérdida de peso, masa muscular reducida (medida por ecografía, antropometría o estimaciones clínicas) y bajo IMC. Esto permite estandarizar el diagnóstico y facilitar comparaciones entre instituciones.

3. Incorporación de mediciones funcionales (fuerza de prensión) cuando sea posible (Acuerdo: 93%)

Aunque no es un criterio obligatorio de los GLIM, la medición de la fuerza de prensión es un indicador funcional de la masa muscular y pronóstico, asociado a resultados clínicos como el tiempo de ventilación mecánica, deambulación y mortalidad. Puede aplicarse en fases de estabilidad clínica como parte de la valoración funcional integral del paciente crítico.

4. Reevaluación del estado nutricional cada 5-7 días o ante cambios clínicos significativos (Acuerdo: 96%)

La malnutrición en el paciente crítico es dinámica. Factores como el catabolismo, la sepsis, las intervenciones quirúrgicas o el ayuno prolongado pueden modificar rápidamente el estado nutricional. Reevaluar permite detectar deterioro, ajustar metas de soporte nutricional y adaptar el plan terapéutico según las fases del paciente (aguda, estabilización, recuperación).

5. Documentación del diagnóstico como “malnutrición en la enfermedad crítica” (Acuerdo: 98%)

El término “malnutrición en la enfermedad crítica” destaca las particularidades fisiopatológicas del paciente en UCI: inflamación intensa, catabolismo acelerado, disfunción orgánica y limitaciones en la evaluación directa. Esta definición apoya un enfoque más agresivo y estructurado en la nutrición, favorece la comunicación entre equipos y permite un mejor registro para auditorías y codificación hospitalaria.

Conclusión: El reconocimiento de la malnutrición en la terapia intensiva debe ser un proceso activo, estructurado y dinámico. Las recomendaciones, basadas en un amplio consenso internacional, permiten aplicar los criterios GLIM con racionalidad clínica y sentido práctico. El abordaje nutricional debe ser personalizado, adaptado a cada fase del paciente y documentado adecuadamente.

En entornos con limitaciones tecnológicas o de personal, se recomienda el uso de métodos clínicos simples pero sistemáticos para cumplir con los objetivos de detección y seguimiento.

Aplicación práctica para el médico o nutricionista:

- Realizar tamizaje desde el ingreso con NRS-2002 o MUST, incluso en pacientes con sobrepeso.
- Diagnosticar con GLIM una vez detectado riesgo nutricional, utilizando lo disponible: peso previo, fuerza, perímetro muscular, IMC.
- Utilizar el término “malnutrición en la enfermedad crítica” en los registros clínicos.
- Reevaluar semanalmente o ante cambios clínicos, ajustando el soporte nutricional.
- Incluir evaluación funcional si el paciente evoluciona y puede colaborar.

Conclusiones Adicionales y Recomendaciones Prácticas:

- **La malnutrición no debe subestimarse en pacientes críticos:** su prevalencia al ingreso puede alcanzar hasta el 75% y está asociada con peores desenlaces clínicos.
- **La identificación precoz cambia el rumbo clínico:** permite implementar estrategias nutricionales personalizadas y prevenir el deterioro funcional.
- **El uso de GLIM es aplicable en la práctica real:** es válido y reproducible en cuidados críticos, especialmente si se aplica al ingreso.
- **El diagnóstico de malnutrición debe ser dinámico:** reevaluar a lo largo del tiempo permite ajustar las intervenciones según la evolución clínica.
- **Evaluar la masa muscular es clave aunque desafiante:** utilizar ecografía o métodos clínicos cuando sea posible.
- **Necesidad de estandarización:** facilita la práctica clínica y la investigación multicéntrica.
- **Llamado a más investigación:** se requieren estudios sobre el impacto de la nutrición en la recuperación funcional post-UCI.

Fuente: Adaptado del artículo "Recognizing malnutrition in adults with critical illness: Guidance statements from the Global Leadership Initiative on Malnutrition", publicado el 31 de marzo de 2025 en la revista Journal of Parenteral and Enteral Nutrition (JPEN). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jpen.2748>