

# Incidencia de riesgo de síndrome de realimentación en pacientes hospitalizados

## Incidence of risk of refeeding syndrome in hospitalized patients

Lic. Orellana Estefanía, Lic. Delledonne Andrea, Lic. Antunes Sol.

Hospital General de Agudos San Roque de Gonnet, Provincia de Buenos Aires, Argentina

### Resumen

**Introducción:** la terapia nutricional enteral o parenteral en el ámbito hospitalario es recomendada para garantizar los requerimientos nutricionales de los pacientes. Una complicación del soporte nutricional (SN) es la ocurrencia del síndrome de realimentación (SRA), situación clínica poco diagnosticada y potencialmente mortal. El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia del riesgo de SRA en pacientes hospitalizados que iniciaron SN.

**Materiales y método:** estudio observacional, analítico y prospectivo. Se incluyeron pacientes adultos ingresados en un hospital de agudos que iniciaron SN enteral o parenteral de abril a diciembre de 2022. La variable riesgo de SRA se definió según criterios ASPEN. La ocurrencia de SRA se definió en función de la aparición de sintomatología compatible.

**Resultados:** se registraron 66 pacientes que iniciaron SN, 59% hombres, promedio de edad de 63 ±18,5 años. Del total de pacientes incluidos, un 62,1% presentaron riesgo de SRA. Las alteraciones hidroelectrolíticas se hallaron en un 62% de los pacientes de la muestra. Del total de pacientes incluidos, ninguno presentó SRA.

**Conclusión:** un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados que iniciaron SN presentaron riesgo de SRA.

**Palabras clave:** síndrome realimentación; soporte nutricional; hospitalización; nutrición enteral.

### Abstract

**Introduction:** enteral or parenteral nutritional therapy in the hospital setting is recommended to guarantee the nutritional requirements of patients. A complication of nutritional support (NS) is the occurrence of refeeding syndrome (RFS), a poorly diagnosed and potentially fatal clinical situation. The objective of this study was to determine the incidence of the risk of RFS in hospitalized patients who started NS.

**Materials and method:** observational, analytical and prospective study. Adult patients admitted to an acute care hospital who started enteral or parenteral NS from April to December 2022 were included. The variable RFS risk was defined according to ASPEN criteria. The occurrence of RFS was defined as a function of the occurrence of compatible symptoms.

**Results:** 66 patients who started NS were registered, 59% men, average age 63±18.5 years. Of the total number of patients included, 62.1% were at risk of RFS. Hydroelectrolyte alterations were found in 62% of the patients in the sample. Of the total number of patients included, none had RFS.

**Conclusion:** a high percentage of hospitalized patients who started NS were at risk of RFS.

**Keywords:** refeeding syndrome; nutritional support; hospitalization; enteral nutrition.



DIAETA es propiedad de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición y mantiene la propiedad intelectual.

ISSN 0328-1310  
ISSN 1852-7337 (En línea)

**Contacto:**  
Estefanía Orellana  
estefi.orellana14@gmail.com

Recibido: 21/06/2024.  
Envío de revisiones al autor:  
02/09/2024.  
Recepción versión corregida:  
01/11/24.  
Aceptado en su versión  
corregida: 18/01/2025

#### Declaración de conflicto de intereses:

Las autoras expresan que no existen conflicto de intereses al realizar y redactar el manuscrito.

#### Fuente de financiamiento:

El estudio no tuvo financiamiento público o privado.

Este es un artículo open access licenciado por Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC BY-NC-SA 4.0. Para conocer el alcance de esta licencia, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legaldcode.es>



Indizada en LILACS, SciELO y EBSCO; catálogo del sistema LATINDEX. Incorporada al Núcleo Básico Revistas Científicas Argentinas, CONICET

## Introducción

La instauración de un soporte nutricional (SN) enteral o parenteral en el ámbito hospitalario es recomendado para garantizar los requerimientos nutricionales de los pacientes (1). Una complicación del SN es el síndrome de realimentación (SRA), situación clínica poco diagnosticada y potencialmente mortal. El SRA se define como la presencia de alteraciones metabólicas y de electrolitos, causadas por el desplazamiento de éstos últimos y los fluidos entre el medio extracelular e intracelular, en pacientes con desnutrición o inanición prolongada que inician alimentación oral, enteral o parenteral (2). Se ha sugerido que es difícil dar una definición precisa de SRA ya que se trata de un espectro de anomalías y que debe definirse por la presencia de síntomas (3).

En casos severos de SRA, diferentes sistemas como el cardíaco, respiratorio, neurológico y hematológico pueden verse afectados, conduciendo a falla multiorgánica y muerte. Los hallazgos distintivos en el SRA son la desregulación de electrolitos, incluida la hipofosfatemia, hipopotasemia, hipomagnesemia, anormalidades en la glucosa, deficiencias de vitaminas, principalmente la tiamina, y oligoelementos. La hipofosfatemia es la alteración electrolítica mayormente asociada al SRA siendo el resultado de la captación celular de fósforo y fosfatos inorgánicos bajo la influencia de la insulina para la síntesis de ATP, ADN, ARN, proteínas, 2,3-difosfoglicerato y del aumento de la fosforilación de la glucosa (4).

La incidencia del riesgo de SRA varía ampliamente de acuerdo al criterio establecido para su diagnóstico, entre 22% y 52% (5,6). La primera institución en definirlo fue el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en 2006 (7) y luego en el año 2020 fueron publicados los criterios diagnósticos de la *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), los cuales fueron utilizados en este estudio y son detallados en materiales y método (2-6).

Una de las principales medidas preventivas dentro del enfoque individualizado para reanimar a los pacientes, es identificar a aquellos que se encuentran potencialmente en riesgo de desarrollar SRA, así como monitorear la respuesta fisiológica reflejada en los cambios de electrolitos séricos a fin de realizar un diagnóstico temprano que permita instaurar un tratamiento oportuno (7).

El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia del riesgo y de casos de SRA en pacientes hospitalizados que iniciaron soporte nutricional durante los meses de abril a diciembre de 2022.

## Materiales y método

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y prospectivo, con un tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se incluyeron todos los pacientes ingresados al hospital de agudos San Roque, de la ciudad de Gonnet en La Plata, perteneciente al sistema de salud público de la provincia de Buenos Aires, por cualquier causa, mayores de 18 años, que iniciaron SN enteral o parenteral para cubrir total o parcialmente sus requerimientos nutricionales. Se excluyeron a los pacientes ingresados en sala de cuidados intensivos y unidad coronaria.

El riesgo de SRA se definió como variable cualitativa dicotómica (SI; NO) en función de los criterios establecidos por la ASPEN detallados en la Tabla 1. Se consideró como paciente con riesgo de desarrollar SRA a todo aquel que cumplió al menos un criterio mayor o bien dos o más criterios menores.

La valoración del riesgo para SRA fue realizada por las licenciadas en Nutrición del hospital, autoras de la presente investigación.

La recolección de datos sobre diagnóstico de ingreso y tipo de SN iniciado se realizó a través de "ReMeSi", sistema informatizado de historia clínica del paciente.

Los valores de fosfatemia (P), potasemia (K) y magnesemia (Mg) se recolectaron del “Nobilis”, sistema informático utilizado por el laboratorio del hospital. La medición de electrolitos fue realizada hasta 24 horas previas al inicio del soporte. Los puntos de corte para definir hipofosfatemia fueron los de la Sociedad Irlandesa de Nutrición Clínica y Metabolismo (5): **leve** 1,8 mg/dL a 2,5 mg/dL; **moderada** 1,7 mg/dL a 1,25 mg/dL; **severa** <1,24mg/dL

Se definió como hipopotasemia a valores por debajo de 3,5 mmol/L e hipomagnesemia por debajo de 1,7 mg/dL (5).

El estado nutricional fue determinado mediante la realización de la valoración global subjetiva (VGS) clasificando a los pacientes como bien nutrido (VGS A), desnutrido moderado (VGS B) o desnutrido severo (VGS C). En el mismo interrogatorio se relevaron datos sobre pérdida de peso en los últimos 6 meses, ayunos o disminución significativa en la ingesta e índice de masa corporal (IMC). El nivel de ingesta se determinó basado en el juicio clínico profesional en función de profundizar el interrogatorio de la VGS que indaga al respecto.

Dentro de las comorbilidades que definen riesgo de SRA se encuentra el consumo de alcohol. Se consideró como criterio de riesgo cuando el consumo diario del mismo superó 20 gr de etanol para mujeres y 30-40 gr para hombres, establecido por la OMS. El resto de las comorbilidades se recolectaron de la historia clínica del paciente.

Mediante el examen físico se observó depleción de masa grasa y muscular en cuádriceps, gemelos, tríceps, zona intercostal y temporal.

En aquellos pacientes que no pudieron responder al interrogatorio y/o no contaban con acompañante que colabore con el mismo, no se obtuvo diagnóstico nutricional. En este subgrupo, debió limitarse la obtención de datos a la observación directa de la masa muscular y masa grasa, la estimación del IMC mediante pictograma, el recuento de días de ayuno o ingestas mínimas en aquellos con estancia hospitalaria mayor a 10 días y el registro de consumo de alcohol en la historia clínica.

La ocurrencia de SRA se definió en función del registro en la historia clínica del diagnóstico y/o de la sintomatología compatible con dicho cuadro como taquicardia, arritmia, edema

**Tabla 1.** Criterios que definen riesgo de síndrome de realimentación según la *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition*.

Criterios mayores	Criterios menores
IMC <16 kg/m <sup>2</sup>	IMC 16-18,5 kg/m <sup>2</sup>
Pérdida de peso de 7,5% en 3 meses o >10% en 6 meses	Pérdida de peso de 5% en 1 mes
Ayuno o ingesta mínima >10 días o Ingesta <50% de su requerimiento >5 días durante un período agudo de enfermedad o Ingesta <50% de su requerimiento >1 mes	Ayuno o ingesta mínima por 5-6 días; o Ingesta <75% de su requerimiento >7 días durante un período agudo de enfermedad; o Ingesta <75% de su requerimiento >1 mes
Niveles de P, Mg, K moderadamente/significativamente bajos o Niveles mínimamente bajos o normales con requerimiento reciente de suplementación múltiple	Niveles de P, Mg, K antes del inicio del soporte nutricional mínimamente bajos o Niveles normales con requerimiento de suplementación única
Pérdida de grasa subcutánea severa	Pérdida de grasa subcutánea moderada
Pérdida de masa muscular severa	Pérdida de masa muscular mínima o moderada
Comorbilidades de mayor riesgo: enfermedad severa (Ver Tabla 2)	Comorbilidades de mayor riesgo: enfermedad moderada. (Ver Tabla 2)

IMC: índice de masa corporal; P: fósforo sérico, Mg: magnesio sérico, K: potasio sérico. Traducido de: da Silva JSV, et al. (2).

**Tabla 2.** Comorbilidades y condiciones clínicas asociadas con mayor riesgo de síndrome de realimentación.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
Trastorno crónico por consumo de alcohol o drogas.
Disfagia y dismotilidad esofágica.
Trastornos alimentarios.
Inseguridad alimentaria y falta de vivienda.
Hiperemesis gravídica o vómitos prolongados.
Factores estresantes mayores o cirugía sin nutrición durante períodos de tiempo prolongados.
Estados malabsortivos.
Cáncer.
Deterioro neurológico avanzado.
Cirugía postbariátrica.
Pacientes postoperatorios con complicaciones.
Ayuno prolongado.

Traducido de: da Silva JSV, et al. (2).

pulmonar, hipotensión ortostática, insuficiencia respiratoria, ataxia, coma; sumado a la confirmación del descenso de P, K, Mg sin otra causa que la justifique.

El proyecto fue presentado y aprobado por dictamen número 4/22, por el Comité de Ética del Hospital Zonal General de Agudos San Roque de Gonnet. Se cumplió con la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, se incluyeron aquellos pacientes que aceptaron participar mediante consentimiento informado.

## Resultados

Durante el período estipulado se registraron 66 pacientes que iniciaron SN, de los cuales un 97% (n=64) recibió nutrición enteral y un 3% (n=2) nutrición parenteral. La media de edad del total de la muestra fue de 62,8±18,5 años, de la cual el 59% (n=39) fueron hombres.

El 44% (n=29) de los pacientes iniciaron SN por presentar desnutrición y un 56% (n=37) a

causa de un trastorno deglutorio severo. Se detallan los motivos de internación dentro de cada grupo en la tabla 3.

Del total de pacientes que iniciaron SN, 62% (n=41) presentó riesgo de SRA. No se identificaron casos de SRA durante el período de estudio.

**Tabla 3.** Motivos de internación de los pacientes evaluados para síndrome de realimentación según presentase desnutrición o trastorno deglutorio.

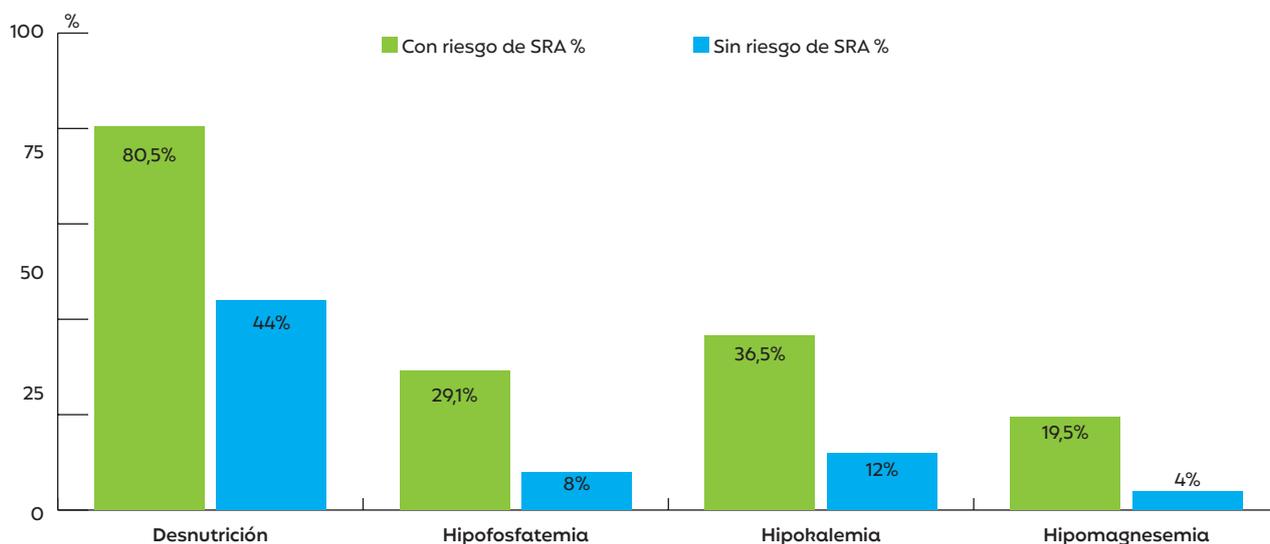
	Desnutrición		Trastorno deglutorio
Diagnóstico oncológico	37,9%	ACV	48,6%
Cirugías digestivas	34,5%	Neumonía aspirativa	19%
Enfermedad infecciosa	20,8%	Demencia	16,2%
Pancreatitis aguda	3,4%	Deterioro del sensorio	10,8%
Enfermedad autoinmune	3,4%	ELA	2,7%
		Esofagitis	2,7%

ACV: accidente cerebrovascular; ELA: esclerosis lateral amiotrófica.

Del total de la muestra, el estado nutricional se distribuyó de la siguiente manera: un 54,6% (n=36) de los pacientes presentó algún grado de desnutrición. Se categorizaron 21,2% (n=14) como bien nutridos. El porcentaje restante (24,2%), no obtuvo diagnóstico nutricional. Dentro del grupo de pacientes en riesgo de SRA, 80,5% presentó algún grado de DN, mientras que en el grupo de pacientes sin riesgo, fue del 44%.

Las alteraciones hidroelectrolíticas se hallaron en un 62% de los pacientes de la muestra total. Todos los pacientes del grupo con riesgo de SRA tuvieron algún tipo de alteración. La más prevalente fue la hipopotasemia en un 36,5% (n=15). En cuanto a la hipofosfatemia, la presentaron 29,1% de los pacientes, con una distribución de 17% (n=7) hipofosfatemia leve, 7,3% (n=3) moderada, 4,8% (n=2) severa. Se reportó un 19,5% (n=8) de hipomagnesemia.

**Figura 1.** Frecuencia de pacientes con desnutrición, hipofosfatemia, hipokalemia, hipomagnesemia según riesgo de síndrome de realimentación (SRA)



Dentro del grupo sin riesgo de SRA, el porcentaje de alteración hidroelectrolítica fue de 20% (n=5).

## Discusión

En este estudio se expone la alta incidencia de riesgo de SRA en pacientes hospitalizados que iniciaron SN.

Resulta complejo comparar los resultados presentados con los de la literatura debido a que los porcentajes de incidencia hallados fueron altamente variables según el criterio establecido, encontrando una heterogeneidad en la definición, los criterios diagnósticos y las poblaciones incluidas.

Se encontraron cuatro estudios europeos que reportaron una incidencia de riesgo de SRA cercana a la hallada en este estudio. En Inglaterra (8), sobre 243 pacientes se registró una incidencia de 54,7%, en España (9), sobre 181 pacientes fue de 51,9% y en Alemania (10), sobre 342 pacientes se publicó un 69,9%, utilizando criterios NICE. En Italia, sobre 203 pacientes se halló una incidencia de riesgo de SRA de 48,3% utilizando los criterios de la ASPEN, al igual que en la presente investigación (11). En Brasil (12), se

realizó un estudio de cohorte retrospectivo sobre 440 pacientes ingresados en la sala de emergencia de un hospital de Porto Alegre que reportó un riesgo de SRA de 18,9% según criterios NICE.

Se hallaron sólo dos publicaciones a nivel nacional que estudiaron el riesgo de SRA con resultados dispares, ambos utilizando criterios NICE. Uno de ellos fue realizado en la provincia de Buenos Aires, sobre 333 pacientes adultos hospitalizados en sala general y unidad de cuidados intensivos, reportó un porcentaje de riesgo de SRA de 7,2% (13). El otro estudio, realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalente de Comahue, incluyó 52 pacientes, en el cual se halló una incidencia del riesgo de SRA de 73,1% (14).

Varios estudios han descrito la prevalencia de desnutrición en aquellos pacientes en riesgo de SRA. En el estudio alemán, se halló que sólo un 11,7% estaban desnutridos según el *Mini Nutritional Assessment* versión corta (10). En otro artículo, realizado en Canadá (15), sobre 51 pacientes se identificó una prevalencia de desnutrición del 30%. A pesar de haber utilizado la misma estrategia diagnóstica, el 54% de desnutrición reportado en el estudio actual, fue considerablemente menor comparado con el 94% reportado en Australia sobre 70 pacientes (16).

La única investigación realizada en la provincia de Buenos Aires, encontró una asociación significativa entre el puntaje del *Nutritional Risk Screening* 2002 y riesgo de SRA (13).

Una limitación del presente estudio fue el alto porcentaje de pacientes sobre los que no pudo realizarse una evaluación nutricional adecuada, incluyendo el cálculo del IMC, por no encontrarse el paciente en condiciones de responder el interrogatorio ni contar con acompañante (24,2%). Esta limitación pudo haber condicionado errores en la asignación del riesgo de SRA de dichos pacientes, sobreestimando los resultados presentados. En esos casos, prevaleció la experticia clínica de los evaluadores respecto del examen físico, los registros de historia clínica y los valores de electrolitos séricos para su definición.

Una revisión sistemática del 2021 que incluyó 35 estudios, concluyó que las tasas de incidencia de SRA son inferiores al 1% cuando el diagnóstico del mismo requería la presencia de signos clínicos y anomalías electrolíticas, lo cual concuerda con los resultados del presente estudio, en el cual ningún paciente presentó sintomatología compatible con SRA (17). La ausencia de reportes de pacientes con SRA puede atribuirse a la existencia de un protocolo de SN de la institución, que incluye medidas preventivas en pacientes identificados en riesgo. La adherencia a dicho protocolo fue evaluada por los mismos autores en el estudio: "Evaluación de la aplicación de las medidas preventivas en pacientes en riesgo de síndrome de realimentación con indicación de soporte nutricional", estudio aún pendiente de publicación. Sin

embargo, no puede descartarse que la metodología utilizada para definir la ocurrencia de SRA pueda haber condicionado un subregistro de la sintomatología compatible, siendo esto una limitación. En el mismo sentido, la elección del criterio diagnóstico para SRA pudo condicionar la ausencia de casos; resultado que probablemente diferiría en caso de haberse utilizado el descenso significativo de fosfatemia posterior a la realimentación, sin alteración clínica.

En relación a las alteraciones hidroelectrolíticas, un estudio realizado en Australia reportó que el 60% de los pacientes que iniciaron SN presentaron valores disminuidos de K, P o Mg durante los primeros siete días, siendo la alteración más prevalente la hipopotasemia, coincidiendo ambos resultados con los presentados aquí (16). Este último hallazgo podría deberse a que existe un mayor número de causas que producen hipopotasemia frente a la hipofosfatemia, alteración hidroelectrolítica más frecuentemente relacionada en la literatura con el SRA (2-18,19).

## Conclusiones

Este estudio se establece como uno de los primeros a nivel local que evidenció la elevada incidencia de riesgo de SRA en pacientes hospitalizados que iniciaron SN.

El limitado número de estudios publicados a nivel local junto con la diversidad de resultados reportados, demuestra la necesidad de realizar investigaciones en relación a la incidencia del riesgo y ocurrencia del SRA con muestras representativas y estandarización de criterios diagnósticos.

## Referencias bibliográficas

1. Friedli N, Stanga Z, Sobotha L, Culkin A, Kondrup J, Laviano A, et al. Revisiting the refeeding syndrome: Results of a systematic review. *Nutrition*. 2017; 35: 151–60.
2. da Silva JSV, Seres DS, Sabino K, Adams SC, Berdahl GJ, Citty SW, et al. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutr. Clin. Pract.* 2020 35(2): 178–95. (acceso el 23 de febrero de 2025) Disponible en: <https://aspennjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ncp.10474>

3. Crook MA. Refeeding syndrome: Problems with definition and management. *Nutrition*. 2014; 30(11-12): 1448–55.
4. Boateng AA, Sriram K, Meguid MM, Crook M. Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutrition* 2010; 26(2): 156–67.
5. Boland K, Solanki D, O'hanlon C. Prevention and Treatment of Refeeding Syndrome in the Acute Care Setting On behalf of IrSPEN's Standards and Guidelines Committee. 2013. (acceso el 23 de febrero de 2025). Disponible en: [https://www.irspen.ie/wp-content/uploads/2014/10/IrSPEN\\_Guideline\\_Document\\_No1.pdf](https://www.irspen.ie/wp-content/uploads/2014/10/IrSPEN_Guideline_Document_No1.pdf)
6. Boot R, Koekhoeck KWAC, van Zanten ARH. Refeeding syndrome. *Curr Opin Crit Care*. 2018; 24(4): 235–40.
7. NICE. Overview | Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition | Guidance | NICE. Nice.org.uk. NICE; 2006. (acceso el 23 de febrero de 2025). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG32>
8. Rio A, Whelan K, Goff L, Reidlinger DP, Smeeton N. Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: prospective cohort study. *BMJ Open*. 2013; 3(1): e002173. (acceso el 23 de febrero de 2025) Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/1/e002173.full.pdf>
9. Fernández López MT. Incidencia de hipofosfatemia en pacientes ingresados no críticos con nutrición enteral. *Nutr. Hosp*. 2017; 34(4): 761-766.
10. Pourhassan M, Cuvelier I, Gehrke I, Marburger C, Modreker MK, Volkert D, et al. Prevalence of Risk Factors for the Refeeding Syndrome in Older Hospitalized Patients. *J Nutr Health Aging*. 2017; 22(3): 321–7.
11. Rinninella E, D'Angelo M, Borriello R, Galasso T, Cintoni M, Raoul P, et al. Incidence and Impact of Refeeding Syndrome in an Internal Medicine and Gastroenterology Ward of an Italian Tertiary Referral Center: A Prospective Cohort Study. *Nutrients*. 2022; 14(7): 1343.
12. Stocker Pérsico R, Franzosi OS. Patients with enteral nutrition at risk of refeeding syndrome show electrolyte abnormalities at admission in the Emergency Department. *Nutr. Hosp*. 2021; 38(5): 897-902.
13. Demaria ML, Domingo JL, Roldan MB, Vilas SY. Prevalencia de pacientes con riesgo de desarrollar síndrome de realimentación: un estudio descriptivo transversal. *RNCM*. 2023; 6(3): 25–32.
14. Martinuzzi A, Cornú M, Roel P, Alberto S, Sepúlveda M, Sanhuesa L. Sobre la presencia del síndrome de realimentación en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cubana Aliment Nutr*. 2019; 29(2): 392-409.
15. Flesher ME, Archer KA, Leslie BD, McCollom RA, Martinka GP. Assessing the Metabolic and Clinical Consequences of Early Enteral Feeding in the Malnourished Patient. *JPEN*. 2005; 29(2): 108–17.
16. Drysdale C, Matthews-Rensch K, Young A. Further evidence to throw caution to the wind: outcomes using an assertive approach to manage refeeding syndrome risk. *Eur. J. Clin. Nutr*. 2020; 75(1): 91–8.
17. Cioffi I, Ponzio V, Pellegrini M, Evangelista A, Bioletto F, Ciccone G, et al. The incidence of the refeeding syndrome. A systematic review and meta-analyses of literature. *Clin. Nut*. 2021; 40(6): 3688–701.
18. Dror Y, Almashanu S, Lubart E, Sela BA, Shimoni L, Segal R. The impact of refeeding on blood fatty acids and amino acid profiles in elderly patients: a metabolomic analysis. *JPEN*. 2013; 37(1): 109–16.
19. Lubart E, Leibovitz A, Dror Y, Katz E, Segal R. Mortality after Nasogastric Tube Feeding Initiation in Long-Term Care Elderly with Oropharyngeal Dysphagia – The Contribution of Refeeding Syndrome. *Gerontology* 2009; 55(4): 393–7.

Lic. Orellana Estefanía  <https://orcid.org/0009-0005-7572-2483>

Lic. Delledonne Andrea  <https://orcid.org/0009-0001-0883-4099>

Lic. Antunes Sol  <https://orcid.org/0009-0009-2786-2560>

#### Como citar:

Orellana, E y col. Incidencia de riesgo de síndrome de realimentación en pacientes hospitalizados. *DIAETA (B.AIRES)* 2024; 42: e2404212