

Canadian Clinical Practice Guidelines 2015
Resumen de las Recomendaciones (Versión en Español)

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
1.	Nutrición Enteral vs. Nutrición Parenteral	4			X		<p>Cuando se considera la terapia nutricional en los pacientes críticos, el uso de la nutrición enteral sobre la nutrición parenteral es <u>recomendado</u> en los pacientes con tracto gastrointestinal indemne.</p>	<p>Cuando se considera la terapia nutricional en los pacientes críticos, el uso de la nutrición enteral sobre la nutrición parenteral es <u>fuertemente recomendado</u>.</p>
2.	Nutrición Precoz vs Tardía	0	X				<p><u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.</p>	<p>La nutrición enteral precoz (dentro de las primeras 24-48 horas luego de la admisión a UCI) es <u>recomendada</u> en los pacientes críticos.</p>
3.1	Prescripción Nutricional: Uso de calorimetría vs. Ecuaciones Predictoras	0	X				<p><u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.</p>	<p>Existen <u>datos insuficientes</u> para recomendar el uso de la calorimetría indirecta con relación a las ecuaciones predictoras, con la finalidad de determinar los requerimientos energéticos en los pacientes críticos o como guía del soporte nutricional cuando ésta debe ser administrada a pacientes críticos.</p>
3.2	Prescripción de la Nutrición Enteral: Obtención de la dosis "Objetivo" de Nutrición Enteral	2	X				<p>Cuando se inicia la nutrición enteral en los pacientes críticos, las estrategias tendientes a optimizar el aporte de nutrientes (iniciando a un ritmo con vistas a obtener el objetivo, <u>estrategias nutricionales basadas en volumen</u>, alto valor umbral de volumen residual gástrico, uso de agentes proquinéticos, fórmulas enterales concentradas y nutrición enteral yeyunal) <u>deberían ser consideradas</u>.</p>	<p>Cuando se inicia la nutrición enteral en los pacientes críticos, las estrategias tendientes a optimizar el aporte de nutrientes (iniciando a un ritmo con vistas a obtener el objetivo, alto valor umbral de volumen residual gástrico, uso de agentes proquinéticos, fórmulas enterales concentradas y nutrición enteral yeyunal) <u>deberían ser consideradas</u>.</p>

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
3.3.a.	Nutrición hipocalórica intencional: Nutrición trófica vs. Nutrición total	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	En los pacientes con Injuria Pulmonar Aguda, una estrategia inicial de nutrición trófica por 5 días <u>NO debería ser considerada.</u>
3.3.b.	Nutrición hipocalórica intencional: Nutrición Enteral Hipocalórica	3		X			La nutrición hipocalórica intencional (sin incluir la restricción de proteínas) <u>debería ser considerada</u> en los pacientes con bajo riesgo nutricional. Sin embargo, esta recomendación no aplica a los pacientes con alto riesgo nutricional.	Hay <u>datos insuficientes</u> para hacer una recomendación sobre el uso de la nutrición enteral hipocalórica en pacientes críticos.
4.1.a.	Composición de la Nutrición Enteral: Dietas suplementadas con Arginina y otros nutrientes específicos (Dietas Inmunomoduladoras)	1	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Las dietas suplementadas con Arginina y otros nutrientes específicos <u>NO recomendamos</u> en pacientes críticos.
4.1b(i)	Composición de la Nutrición Enteral: Aceites de pescado, borraja (borage) y Antioxidantes	1	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	El uso de una fórmula enteral con aceite de pescado, borraja (borage) y antioxidantes en los pacientes con Injuria Pulmonar Aguda (IPA) y Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) <u>debería ser considerado.</u>

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
4.1b (ii)	Composición de la Nutrición Enteral: suplementación con Aceites de pescado	1	X				Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre suplementación de aceites de pescado como estrategia aislada (sin aox ni aceite de borraja) en los pacientes críticos	
4.1.c.	Composición de la Nutrición Enteral: Dietas Inmunomoduladoras: Glutamina	3			X	Glutamina enteral NO debe ser usada en los pacientes críticos	Glutamina enteral debería ser considerada en los pacientes con quemaduras y traumatizados. Existen datos insuficientes para recomendar el uso de glutamina enteral en otros pacientes críticos. Sin embargo, debe tenerse precaución con el uso de glutamina en los pacientes con shock o falla orgánica múltiple debido a los resultados del estudio REDOXS sobre glutamina enteral y parenteral	
4.1.d.	Composición de la Nutrición Enteral: Dietas Inmunomoduladoras: Ornitin- Cetoglutarato	0	X			Sin cambios con relación a la recomendación 2013.	Existen datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el uso de ornitina-cetoglutarato en pacientes quemados y otras categorías de pacientes críticos	
4.2.a.	Composición de la Nutrición Enteral: (Carbohidratos/Grasas): Fórmulas Ricas en Grasas/ Pobre en Carbohidratos	0	X			Sin cambios con relación a la recomendación 2013.	Existen datos insuficientes para recomendar dietas ricas en grasas y pobres en carbohidratos en los pacientes críticos	

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos /Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
4.2.b.	Composición de la Nutrición Enteral: (Carbohidratos/Grasas): Fórmulas Pobres en Grasas/ Ricas en Carbohidratos	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Existen datos insuficientes para recomendar dietas pobres en grasas y ricas en carbohidratos en los pacientes críticos
4.2.c.	Composición de la Nutrición Enteral: Dietas Ricas en Proteínas vs. Dietas Pobres en Proteínas	1	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Existen datos insuficientes para recomendar el uso de dietas ricas en proteínas en pacientes con injuria encefálica y otros grupos de pacientes críticos.
4.3	Estrategias para optimizar y minimizar los riesgos de la Nutrición Enteral: Fórmulas poliméricas vs. Fórmulas Peptídicas	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Cuando se inicia la nutrición enteral, la prescripción de una fórmula polimérica <u>debería ser considerada.</u>
4.4	Composición de la Nutrición Enteral: pH	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Existen datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el uso de fórmulas con bajo pH en los pacientes críticos.

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
4.5	Composición de la Nutrición Enteral: Estrategias para optimizar la Nutrición Enteral y minimizar los riesgos: Fibras	1	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013. Existen datos insuficientes para recomendar el uso de fibra (soluble o insoluble) en las fórmulas enterales utilizadas en pacientes críticos.	
5.1	Estrategias para optimizar el aporte y minimizar los riesgos de la Nutrición Enteral: Protocolos de Nutrición Enteral	2	X				Un protocolo de nutrición enteral basado en la evidencia que incorpora agentes proquinéticos desde el inicio, tolera altos valores umbrales de residual gástrico (250 cc) y propone el uso de un acceso enteral pospilórico, <u>debería ser considerado</u> como una estrategia adecuada para optimizar la nutrición enteral en los pacientes críticos adultos.	
5.2	Estrategias para optimizar y minimizar los riesgos de la Nutrición Enteral: Agentes Proquinéticos	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación de 2013. En aquellos pacientes críticos que experimentan intolerancia a la nutrición enteral (altos volúmenes de residual gástrico, vómitos), recomendamos el uso de agentes proquinéticos. Debido a que la seguridad asociada al uso de Eritromicina es dudosa, recomendamos el uso de Metoclopramida. Existen datos insuficientes para recomendar el uso combinado de Metoclopramida y Eritromicina en pacientes críticos.	

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
5.3	Estrategias para optimizar el aporte y minimizar los riesgos de la Nutrición Enteral: Pospilórica (Yeyunal) vs. Gástrica	1	X				<p>La nutrición enteral pospilórica comparada con la NE gástrica puede estar asociada con una reducción en la incidencia de neumonía en los pacientes críticos. En aquellas UCIs donde el acceso pospilórico es posible, recomendamos el uso rutinario de este acceso. En aquellas UCIs donde la obtención de este tipo de acceso es más dificultoso, la nutrición enteral pospilórica debe ser considerada en aquellos pacientes con mayor riesgo de intolerancia a la nutrición enteral (pacientes con infusión de vasopresores, infusión continua de sedación, bloqueantes neuromusculares, o con elevado volumen residual gástrico), o en alto riesgo de regurgitación y aspiración (posición supina). Finalmente, cuando el acceso pospilórico no sea posible de obtener (dificultad en el acceso a la endoscopia, fluroscopia o la técnica a ciegas no sea posible), la nutrición enteral pospilórica debe ser considerada en aquellos pacientes que en forma reiterada exhiban elevados valores de volumen residual gástrico y no toleren adecuadas cantidades de nutrición enteral gástrica.</p>	
5.4	Estrategias para optimizar y minimizar los riesgos de la Nutrición Enteral: Posición Corporal	0	X				<p>Recomendamos que en los pacientes críticos que reciben NE, la posición de la cabeza debe estar a 45°. Cuando esto no sea posible, la elevación de la cabecera de la cama (tanto como sea posible) debería ser considerada.</p>	

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
5.5	Estrategias para optimizar el aporte de la Nutrición Enteral: Umbral de Volumen Residual Gástrico	1		X			Un volumen residual gástrico de 250 o 500 c.c. (o un valor dentro de este rango) y una frecuencia de chequeo de residual gástrico cada 4 u 8 horas debería ser considerado como una estrategia para optimizar el aporte de la nutrición enteral en los pacientes críticos.	Hay datos insuficientes para realizar una recomendación específica sobre el valor del umbral del volumen residual gástrico. Basado en un estudio nivel 2, un volumen residual gástrico entre 250 y 500 cc es aceptable como estrategia tendiente a optimizar el aporte de la nutrición enteral en pacientes críticos.
5.6	Estrategias para optimizar y el aporte de la Nutrición Enteral: Descarte del Volumen Residual Gástrico	0	X				Sin cambios con relación a la recomendación 2013.	Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre la necesidad de reintroducir el residual gástrico hasta cierto valor umbral en los pacientes críticos adultos. Basados en un estudio nivel 2, la realimentación con un volumen residual gástrico de hasta 250 cc o descartar el mismo debe ser aceptado.
6.1	Nutrición Enteral: Sistema cerrado vs. Sistema abierto	0	X				Sin cambios con relación a la recomendación 2013.	Existen datos insuficientes para realizar una recomendación sobre la administración de la NE utilizando un sistema cerrado vs. Sistema abierto en los pacientes críticos.
6.2	Nutrición Enteral: Probióticos	6	X				Sin cambios con relación a la recomendación 2013.	El uso de Probióticos debería ser considerado en pacientes críticos.

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
6.3	Nutrición Enteral: Alimentación continua vs. Otros métodos de administración	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre la alimentación enteral continua vs. otros métodos de administración en los pacientes críticos.
6.4	Nutrición Enteral: Alimentación por gastrostomía vs. Acceso Nasogástrico	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre la alimentación por gastrostomía vs. el acceso nasogástrico en pacientes críticos.
6.5	NE: Otras Fórmulas: β -Hidroxi-Metibutirato	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre la suplementación del β hidroxi-metilbutirato en los pacientes críticos.
7.1	Combinación de la Nutrición Enteral y Parenteral	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	En los pacientes críticos en los que es posible iniciar NE, recomendamos que la NP no sea iniciada al mismo tiempo que la NE . En aquellos pacientes que no toleran una cantidad adecuada de NE, existen datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el momento de inicio de la NP. Médicos y nutricionistas deben valorar la seguridad y los beneficios de iniciar NP en los pacientes que no toleran NE evaluando caso a caso. Nosotros recomendamos que la NP no debe ser iniciada y asociada a la NE hasta tanto no se hayan agotado todas las estrategias para maximizar la NE tales como la NE pospílorica y el uso de agentes proquinéticos.

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
7.2	Nutrición Parenteral Suplementaria Precoz vs. Tardía	0	X				<p>Nosotros recomendamos fuertemente que la NP suplementaria precoz y un elevado aporte de Glucosa intravenosa no debe ser utilizada en cierto grupo de pacientes críticos (pacientes de bajo riesgo con una corta estancia en la UCI). En aquellos pacientes que no toleran la NE, existen datos insuficientes con respecto al momento de inicio de la NP suplementaria. Médicos y nutricionistas deben valorar la seguridad y los beneficios de iniciar NP en los pacientes que no toleran NE evaluando caso por caso.</p>	
8.0	Nutrición Parenteral vs. Cuidado estándar	1		X		<p>En los pacientes críticos con el tracto gastrointestinal indemne, recomendamos que la nutrición parenteral no debe ser utilizada en forma rutinaria. Sin embargo, la nutrición parenteral suplementaria debería ser considerada en los pacientes críticos con alto riesgo nutricional y contraindicación relativa para nutrición enteral precoz.</p>	<p>En los pacientes críticos con el tracto gastrointestinal indemne, recomendamos que la nutrición parenteral no debe ser utilizada en forma rutinaria.</p>	
9.1	Composición de la Nutrición Parenteral: Aminoácidos de Cadena Ramificada	0	X			<p>Sin cambios con relación a la recomendación 2013.</p>	<p>En los pacientes que reciben NP o NE, hay datos insuficientes para realizar una indicación sobre la suplementación parenteral de altas dosis de aminoácidos de cadena ramificada en los pacientes críticos.</p>	

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
9.2	Composición de la Nutrición Parenteral: Tipo de Lípidos	4	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013. Cuando la NP con lípidos está indicada, el uso de emulsiones lipídicas con una reducción en el aporte de ácidos grasos omega-6 (aceite de soja) debe ser considerada . Sin embargo, existen datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el tipo de emulsión lipídica que debe ser utilizada como estrategia reductora de ácidos grasos omega-6 (aceite de soja) en los pacientes críticos que reciben nutrición parenteral.	
9.3	Composición de la Nutrición Parenteral: Zinc (como estrategia simple o asociada a otros antioxidantes)	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 20013. Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el aporte intravenoso de Zinc en los pacientes críticos.	
9.4.a	Composición de la Nutrición Parenteral: suplementación de Glutamina	4	X				Cuando la nutrición parenteral es indicada en los pacientes críticos, la glutamina parenteral NO debe ser usada . Existen datos insuficientes sobre el uso de glutamina parenteral en los pacientes con nutrición enteral pero debido a las dudas existentes sobre la seguridad de su uso, nosotros también recomendamos que la glutamina parenteral NO debe ser utilizada en los pacientes con nutrición enteral. Cuando la nutrición parenteral es indicada en los pacientes críticos, la suplementación de glutamina debería ser considerada . Sin embargo, nosotros recomendamos fuertemente que la glutamina NO debe ser utilizada en los pacientes críticos con shock o FOM (referirse a la sección 9.4b). Hay datos insuficientes para generar una recomendación sobre el uso de glutamina parenteral en los pacientes críticos con nutrición enteral.	
9.4.b.	Combinación de Glutamina Enteral y Parenteral	1	X				<u>Recomendamos</u> que altas dosis de glutamina enteral y parenteral NO deben ser utilizadas en los pacientes críticos con shock y FOM <u>Recomendamos fuertemente</u> que altas dosis de glutamina enteral y parenteral NO deben ser utilizadas en los pacientes críticos con shock y FOM	

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
9.4.c.	Glutamina Enteral vs. Suplementación Parenteral de Dipéptidos	1				X	Existen datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el uso de glutamina enteral vs. la suplementación de dipéptidos por vía parenteral. Sin embargo, debido a la preocupación existente sobre la suplementación de glutamina, nosotros <u>recomendamos fuertemente que la glutamina NO debe ser administrada en los pacientes críticos.</u> Por lo tanto, nosotros <u>NO recomendamos</u> el uso de glutamina enteral o dipéptidos por vía parenteral.	Tópico nuevo en el año 2015.
10.1	Estrategias para Optimizar la Nutrición Parenteral y Minimizar sus Riesgos: Dosis de Nutrición Parenteral	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	En aquellos pacientes críticos que no están malnutridos, toleran nutrición enteral, o cuando la nutrición parenteral es indicada por un corto período de tiempo (< 10 días), una baja dosis de nutrición parenteral debería ser considerada. Hay <u>datos insuficientes</u> para realizar una recomendación sobre el uso de una baja dosis de nutrición parenteral en los siguientes pacientes: a) aquellos que requieren NP por largo plazo (> 10 días); b) pacientes obesos críticos y c) pacientes críticos malnutridos. Médicos y nutricionistas deben evaluar la seguridad y beneficios de una baja dosis de nutrición parenteral y deben realizarlos en base a una evaluación caso por caso en esta población de pacientes críticos

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
10.2	Estrategias para Optimizar la Nutrición Parenteral y Minimizar los Riesgos: Uso de Lípidos	0	X				<p>Basados en 2 estudios nivel 2, en los pacientes críticos que no están malnutridos, toleran NE, o cuando la NP está indicada por un corto período de tiempo (< 10 días), evitar el aporte de emulsiones lipídicas ricas en aceite de soja debería ser considerado.</p> <p>Existen datos insuficientes para realizar una recomendación sobre la suspensión del aporte de emulsiones lipídicas ricas en aceite de soja en aquellos pacientes críticos que están malnutridos o cuando requieren nutrición parenteral por largo plazo (> 10 días). Médicos y nutricionistas deben evaluar la seguridad y beneficios de la suspensión del aporte de emulsiones lipídicas ricas en soja y realizarlo siempre en base a una evaluación caso por caso en esta población de pacientes críticos.</p>	
10.3	Estrategias para Optimizar la Nutrición Parenteral: Modo de aporte de los Lípidos	0	X				<p>Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el uso de lípidos en la mezcla parenteral de nutrientes vs. los frascos separados en los pacientes críticos.</p>	
10.4.a.	Control de la glucemia: Terapia con Insulina	1	X				<p>La hiperglucemia (glucemia > 10mmol/L) debe ser evitada en todos los pacientes críticos. Por su parte, recomendamos que el valor objetivo de glucemia debe ser mantenido en el entorno de 8 mmol/L (rango: 7 a 9 mmol/L), antes que un objetivo estricto (4.4 a 6.1 mmol/L) o un objetivo más liberal (10 a 11.1 mmol/L). Existen datos insuficientes para recomendar la administración de insulina por vía subcutánea por sobre la vía intravenosa.</p> <p>La hiperglucemia (glucemia > 10mmol/L) debe ser evitada en todos los pacientes críticos. Por su parte, recomendamos que el valor objetivo de glucemia debe ser mantenido en el entorno de 8 mmol/L (rango: 7 a 9 mmol/L), antes que un objetivo estricto (4.4 a 6.1 mmol/L) o un objetivo más liberal (10 a 11.1 mmol/L).</p>	

#	Tópico	Número de nuevos Ensayos Clínicos Aleatorizados	Recomendación 2015 con relación a la Recomendación 2013				Recomendación 2015	Recomendación 2013
			Sin Cambios	Aumenta el Grado	Disminuye el Grado	N/A (Nueva Sección)		
10.4.b.	Control de la glucemia: fórmula pobre en Carbohidratos + Insulina	0	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Hay datos insuficientes para recomendar las dietas pobres en carbohidratos asociadas al tratamiento con Insulina en los pacientes críticos.
11.1	Suplementación de Nutrientes Antioxidantes: Combinación de Elementos Traza y Vitaminas	2			X		El uso combinado de vitaminas y elementos traza <u>NO es recomendado</u> en los pacientes críticos.	El uso combinado de vitaminas y elementos traza <u>debería ser considerado</u> en los pacientes críticos
11.2	Suplementación de Nutrientes Antioxidantes: Selenio Parenteral	2			X		El uso de selenio I.V/parenteral solo o en combinación con otros micronutrientes antioxidantes <u>NO es recomendado</u> en los pacientes críticos.	El uso de selenio parenteral, como monoterapia o asociado a otros antioxidantes, <u>debería ser considerado</u> en los pacientes críticos.
11.3	Suplementación de Nutrientes Antioxidantes: Vitamina C I.V.	1				X	Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el uso de Vitamina C en los pacientes críticos.	Tópico nuevo en el año 2015.
12.0	Vitamina D	1	X				<u>Sin cambios</u> con relación a la recomendación 2013.	Hay datos insuficientes para realizar una recomendación sobre el uso de vitamina D en los pacientes críticos.