

Nutrición perioperatoria en el paciente con COVID-19

Perioperative nutrition in the patient with COVID-19.

Luis Galindo-Mendoza

ANTECEDENTES

Hay dos condiciones que justifican la intervención nutricional perioperatoria. La primera es la magnitud de la desnutrición en los pacientes quirúrgicos, documentada en 28% de la muestra del estudio ENHOLA (Evaluación Nutricional de Pacientes Hospitalizados en Latinoamérica), con 8.4% de los pacientes con desnutrición grave utilizando la valoración global subjetiva y riesgo nutricional en 27.7% con el *Nutritional Risk Screening* 2002 (NRS-2002), así como sus consecuencias, como la mortalidad de 4.57%, 4.9 veces más alta en los pacientes desnutridos (0.93%) que en los bien nutridos.¹ La segunda es el beneficio biológico y económico de invertir en el apoyo nutricional perioperatorio.² Muchos de los pacientes con COVID-19 son adultos mayores y en este grupo se ha documentado una prevalencia de desnutrición de 52.7% y riesgo de desnutrición de 27.5%, que los hace un grupo particularmente vulnerable si llegan a tener una indicación quirúrgica.³

EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN LA ERA DEL COVID-19

La BAPEN (*British Association for Parenteral and Enteral Nutrition*)⁴ propone que todos los pacientes quirúrgicos necesitan cierto grado de intervención nutricional. Los pacientes bien nutridos a quienes se practicarán cirugías menores pueden beneficiarse de las recomendaciones del protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), que se fundamentan en la evidencia: ayuno preoperatorio no mayor a 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos, siempre y cuando no

Médico especialista en Cirugía General, Maestro en Nutrición Clínica, Doctor en Ciencias de la Salud, Coordinador Académico de la Maestría en Nutrición Clínica, Universidad Anáhuac, Ciudad de México.

Correspondencia

Luis Galindo Mendoza
lgalindomendoza@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Galindo-Mendoza L. Nutrición perioperatoria en el paciente con COVID-19. Med Int Méx. 2020; 36 (Suplemento 4): S37-S39.
<https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4973>

se trate de cirugía urgente o existan trastornos del vaciamiento gástrico, o la preparación metabólica preoperatoria con una carga de 100 g de carbohidratos en la noche previa a la cirugía y 50 g administrados 2 horas antes de la inducción anestésica y que se asocian en el posoperatorio con menor resistencia a la acción de la insulina y con preservación de la masa muscular, sin incrementar el riesgo de aspiración.⁵ También se ha demostrado que no hay justificación alguna para dejar al paciente en ayuno después de una anastomosis intestinal, y que se puede iniciar con dieta normal (y no con “líquidos claros”) al primer o segundo día posoperatorio, sin esperar a la canalización de flatos o a la aparición de ruidos intestinales, sin incrementar el riesgo de dehiscencia o fístula enterocutánea.⁵ Una recomendación honesta de este grupo es la de diferir un procedimiento quirúrgico electivo para nutrir primero al paciente y así mejorar su pronóstico.^{4,5} En este protocolo, los pacientes desnutridos requieren, además de las recomendaciones previas, apoyo nutricional especializado, según el estado funcional del tubo digestivo y del efecto metabólico de la enfermedad de base.⁴ El efecto metabólico del COVID-19 determina mayores requerimientos energéticos y se dice que por cada incremento de 1°C en la temperatura corporal, el gasto energético se incrementa en 10%.⁶ La recomendación de aporte energético varía según la fuente, pero es de 20 a 30 kcal/kg/día.⁶

Los pacientes que no están infectados con SARS-CoV-2, pero que tienen indicación de una cirugía electiva, se han visto obligados a retrasar sus procedimientos quirúrgicos por la falta de disponibilidad de recursos físicos o humanos para ser operados.⁷ Si se trata de un paciente con colecistitis crónica litiásica, la espera implica mayor riesgo de complicaciones recurrentes.⁸ El caso de los pacientes que requieren una intervención oncológica significa

la pérdida de una mejor oportunidad y probable empeoramiento del pronóstico.⁷ El apoyo nutricional preoperatorio todavía puede efectuarse en el escenario de la pandemia de COVID-19, pero se ha reportado que los cambios obligados en la logística de los procesos quirúrgicos han obligado a que se dejen de seguir algunas de las recomendaciones del protocolo ERAS, como la inmunonutrición en pacientes con cáncer del tubo digestivo.⁷ Esto puede significar que más pacientes oncológicos lleguen a su cirugía con desnutrición y sin las ventajas del apoyo nutricional preoperatorio.

Por último, en un estudio con pacientes operados en un hospital que atiende pacientes con COVID-19 se encontró que la tasa de infección en el posoperatorio alcanzó 7%, lo que debe hacer reflexionar a pacientes y cirujanos en la conveniencia de retrasar los procedimientos electivos que, por otra parte, puede aprovecharse para nutrir a los enfermos.⁹

CONCLUSIONES

Las indicaciones de apoyo nutricional preoperatorio son las mismas en el paciente con COVID-19 que en los demás tipos de pacientes, pero con insistencia en la indicación temprana por la magnitud de la inflamación agregada y el riesgo subsecuente de desnutrición aguda grave, y con las precauciones especiales de prevención de contaminación y contagio. Debido a los cambios logísticos impuestos por la pandemia de COVID-19, algunos pacientes están dejando de recibir el apoyo nutricional preoperatorio que está recomendado.

REFERENCIAS

1. Castillo PJ, et al. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: association with prognostic variables. The ENHOLA Study. *Nutr Hosp*. 2016. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.275>

2. Wischmeyer PE, et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Nutrition Screening and Treatment Within a Surgical Enhanced Recovery Pathway. *Anesth Analg*. 2018. doi: 10.1213/ANE.0000000000002743
3. Li T, et al. Prevalence of malnutrition and analysis of related factors in elderly patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Eur J Clin Nutr*. 2020; 22: 1-5.
4. British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Perioperative Nutrition Decision Tree. 2012. Disponible en: <https://www.bapen.org.uk/pdfs/decision-trees/perioperative-nutrition.pdf> [1 de junio de 2020]
5. Feldman LS, editors. The SAGES/ERAS® Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery. Cham (Germany): Springer international Publishing; 2015.
6. Romano L, et al. Short report – Medical nutrition therapy for critically ill patients with COVID-19. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020; 24 (7): 4035-9.
7. Sica GS, et al. Gastrointestinal cancer surgery and enhanced recovery after surgery (ERAS) during COVID-19 outbreak [published online ahead of print, 2020 May 11]. *Langenbecks Arch Surg*. 2020. doi:10.1007/s00423-020-01885-0
8. Lamberts MP. Indications of cholecystectomy in gallstone disease. *Curr Opin Gastroenterol*. 2018. doi: 10.1097/MOG.0000000000000419
9. Álvarez-Gallego M, et al. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la actividad y profesionales de un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en un hospital terciario. *Cir Esp*. 2020. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.04.001