

Nutrición enteral en el paciente con COVID-19

Enteral nutrition in the patient with COVID-19.

Víctor Manuel Sánchez-Nava,¹ Silvia Borja²

ANTECEDENTES

La prevención, el diagnóstico y el tratamiento temprano de la desnutrición en el paciente críticamente enfermo con infección de COVID-19 es una de las medidas centrales para modificar la evolución de la enfermedad durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), disminuir la incidencia de complicaciones, infecciones asociadas, pérdida de la masa muscular con el consiguiente deterioro funcional, discapacidad y mortalidad. Es importante estratificar el riesgo de desnutrición utilizando escalas validadas, como el NRS-2002, NUTRIC o en pacientes mayores de 65 años la escala MNA en las primeras 24 horas de ingreso a terapia intensiva.

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Se recomienda iniciar el soporte nutricional en las primeras 24 a 48 horas del ingreso del paciente priorizando la ingesta por vía oral si es posible, seguida de la vía enteral y, por último, la vía parenteral, con un aporte energético guiado por ecuaciones predictivas o, si está disponible, por calorimetría indirecta con un aporte calórico promedio de 25 a 30 kcal/kg/día, con ajuste a 27 kcal/kg/día en pacientes mayores de 65 años con dos o más comorbilidades; el aporte proteico recomendado es de 1.3 a 2 g/kg/día.¹

RECOMENDACIONES DE ADMINISTRACIÓN COMPLEMENTARIA DE VITAMINAS, OLIGOELEMENTOS O MINERALES

- Vitamina D: en infecciones virales se han demostrado concentraciones insuficientes de vitamina D, por lo que en este grupo

¹ Medicina Interna, Medicina Crítica, director académico y jefe del servicio de Medicina Crítica y Medicina Interna, TEC Salud, Tecnológico de Monterrey, Nuevo León, México.

² Especialista en Medicina Crítica, adscrita UTIA Hospital San José TEC Salud, Tecnológico de Monterrey, Nuevo León, México.

Correspondencia

Víctor Manuel Sánchez Nava
drvsana@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Sánchez-Nava VM, Borja S. Nutrición enteral en el paciente con COVID-19. Med Int Méx. 2020; 36 (Suplemento 4): S61-S63.
<https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4980>

de pacientes se ha demostrado beneficio con la administración complementaria.

- Vitamina A: tiene efectos benéficos en pacientes con sarampión, diarrea, VIH o malaria; puede ser una opción recomendable en pacientes con infección por COVID-19.
- Deben considerarse glutamina y arginina.
- Ácidos grasos omega 3: su administración puede mejorar la oxigenación.
- El aporte complementario de vitaminas E, B6 y cinc es recomendable en virtud de su efecto en la disminución de complicaciones en pacientes con infección.²

Los efectos de la infección por COVID-19 y los asociados con los fármacos prescritos para su tratamiento son: náuseas, vómito, distensión abdominal y diarrea; se recomienda el tratamiento farmacológico con metoclopramida, ondansetrón (con monitoreo frecuente del intervalo QTc por el riesgo de arritmias fatales); en caso de diarrea no se recomienda la administración rutinaria de fármacos antidiarreicos; en ninguno de los casos se sugiere suspender la nutrición, solo puede disminuirse el volumen transitoriamente hasta el alivio de los síntomas.³

RECOMENDACIONES DE ACUERDO CON EL SOPORTE RESPIRATORIO

- a. Paciente con cánula nasal o puntas nasales de alto flujo: favorecer la ingesta de alimentos por vía oral, considerar la administración de complementos.
- b. Pacientes con ventilación mecánica no invasiva: no se recomienda la colocación de sonda nasointestinal porque favorece la fuga de aire e imposibilita el sello adecuado y facilita la dispersión de partículas virales; además, la dilatación de la cá-

mara gástrica puede afectar la movilidad diafragmática y limitar los beneficios de la ventilación mecánica no invasiva. Se recomienda favorecer la ingesta por vía oral proporcionando complementos de al menos 400 kcal y 30 g de proteínas por toma; en caso de no ser posible debe favorecerse la nutrición parenteral total.

- c. Pacientes con ventilación mecánica: colocar una sonda nasointestinal, de preferencia nasogástrica o pospilórica según el riesgo de aspiración, vigilar signos de intolerancia y ajustar el tratamiento con procinéticos. Las fórmulas recomendadas son las de alta densidad calórica (1.5 a 2 kcal/mL) con el objetivo de restringir la administración de líquidos.
- d. La posición en decúbito prono no contraindica continuar con la nutrición nasointestinal; en estos pacientes se recomienda administrar siempre un procinético y mantener al paciente en la posición de Trendelenburg inverso, con elevación de la cabeza a 25°, con inicio de la nutrición enteral una hora después del cambio a decúbito prono, vigilando los datos de intolerancia gástrica y revisando la cavidad oral cada 2 horas en busca de restos alimenticios o vómito.⁴

RECOMENDACIONES DE ACUERDO CON EL ESTADO DEL PACIENTE

- a. En inestabilidad hemodinámica e hipoperfusión se recomienda mantener el ayuno hasta el control del estado de choque.
- b. En casos de hipoxemia severa, hipercapnia o acidosis mantener el ayuno hasta la corrección del desequilibrio.
- c. Durante el periodo de estabilización (dosis bajas de vasopresores, aclaramiento de lactato, etc.) puede iniciarse la nutrición enteral a dosis tróficas, pero

siempre vigilando los signos de isquemia intestinal.

Considerar la nutrición parenteral después de las 72 horas de estancia en cuidados intensivos si no se han alcanzado las metas nutricionales; siempre y cuando ya se hubieren agotado las estrategias para minimizar la intolerancia a la nutrición enteral.⁵

CONCLUSIONES

La nutrición enteral es una alternativa a considerar en la terapia nutricia inicial de los pacientes hospitalizados e internados en cuidados intensivos, con el fin de disminuir el riesgo de desnutrición que puede conducir a desenlaces no favorables de la enfermedad. Los pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos tienen particularidades que deberán tomarse en cuenta, aun cuando exista la indicación precisa de esta modalidad terapéutica nutricional, como los cuidados en la colocación y el suministro de alimento por la sonda nasointestinal en un paciente altamente contagioso; la vigilancia especial

en el paciente en posición decúbito-prono; la alta prevalencia de hipoxemia e hipercapnia, así como la inestabilidad hemodinámica que dificultan o imposibilitan el control nutricional por la vía enteral. Los pacientes con COVID-19 representan un reto de tratamiento médico y nutricional, que deberá ser emprendido por un equipo multidisciplinario que favorezca las posibilidades de pronta recuperación y mínimas o nulas secuelas.

REFERENCIAS

1. Rocco Barazzoni SC, et al. ESPEN Practical Guidance for Nutritional Management of Individual with SARs-CoV-2 Infection, 2020.
2. The Association of UK Dietitians. Critical Care Specialist Group (CCSG) of the BDA Guidance on management of nutrition and dietetic services during the COVID 19 pandemic, 2020.
3. Tatsumi H. Enteral tolerance in critically ill patients. *J Intensive Care* 2019; 7: 30.
4. Martins V, et al. Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol. *Rev Assoc Med Brass*. 2016. doi: 10.1590/1806-9282.62.03.287
5. Singer P, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>