

GUÍA para gestionar la nutrición enteral en pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19

Contenido

- 1- Uso adecuado y duración de productos
- 2- Soporte nutricional en pacientes críticos con distrés respiratorio – Covid 19
- 3- Esquema propuesto de selección de fórmulas enterales específicas para pacientes críticos
- 4- Soporte nutricional en pacientes hospitalizados en internación general con Covid 19
- 5- Soporte nutricional para los pacientes que vuelven a casa

USO ADECUADO Y DURACIÓN DE LOS PRODUCTOS

La Guía de Práctica Clínica de Soporte Nutricional Enteral y Parenteral en Pacientes Hospitalizados y Domiciliarios elaborada por diferentes sociedades científicas bajo el Programa Nacional de Garantía de Calidad a la Atención Médica (Resolución 1548/2007, Ministerio de Salud de la República Argentina) establece prácticas recomendadas para la conservación y uso de productos de administración enteral u oral [1].

Se detallan a continuación:

- 1- Los sistemas cerrados de administración o fórmulas comercialmente estériles listas para colgar podrán permanecer colgadas (para infusión) hasta un máximo de 24 horas a temperatura ambiente no superior a 24° C. En caso de fraccionamiento y trasvase con técnica aséptica (siguiendo las pautas de la norma citada), podrán permanecer colgadas hasta un máximo de 12 horas.
- 2- Las fórmulas en polvo reconstituidas según las directrices de la norma citada o protocolo de la institución podrán permanecer colgadas hasta un máximo de 4 horas. Una vez abiertas las latas de polvo, deberán ser desechadas a los 30 días.

Formula	Formula comercial estéril lista para colgar	Formula en polvo
Tiempo de duración máximo	24 hs colgadas (Temp. 24°) Trasvasadas: 12 hs	4 hs colgadas

SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON DISTRÉS RESPIRATORIO – COVID 19

La literatura científica ha demostrado que la implementación del Soporte Nutricional (SN) (elección de vía, momento e inicio, selección de la fórmula, manejo de posibles complicaciones) disminuye los costos en salud al disminuir la morbilidad y la reducción de la estadía hospitalaria.

Asimismo, se considera uno de los estándares de calidad relevantes en los cuidados críticos [2]. Se han seleccionado los puntos más relevantes de las guías de tratamiento nutricional para

pacientes con insuficiencia respiratoria grave/Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), teniendo en cuenta el tratamiento clínico actual de estos pacientes, a modo de una actualización rápida y práctica sobre esta problemática.

El juicio clínico, las prácticas locales y la evidencia/pautas para el manejo nutricional de pacientes críticos [3], son herramientas a utilizar.

Se describen a continuación los puntos clave a tener en cuenta para brindar el mejor soporte nutricional a los pacientes, resumiendo las guías clínicas de las siguientes entidades:

- Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) [4]
 - Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) [5]
 - Sociedad Médica de Cuidados Críticos (SCCM) [5]
 - Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP) [2]
 - Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) [2]
 - Sociedad Británica de Nutricionistas (BDA) [3]
-
- ✓ Proveer nutrición enteral temprana (dentro de las 24-48 hs de ingreso a UCI).
 - ✓ Evitar la sobrealimentación (exceso en aporte calórico) contribuye a no perjudicar el funcionamiento pulmonar (considerar también por ello el aporte calórico en base a la administración de Propofol, Glucosa y Citrato según la práctica habitual).
 - ✓ Se recomienda un aporte calórico de 20 a 25 kcal/kg de peso actual/día en la fase inicial de la enfermedad crítica, con progresión a 25-30 kcal/kg según evolución de la enfermedad. Considerar en pacientes críticos con obesidad la adecuación del aporte calórico por Peso Ajustado.
 - ✓ Se recomienda un alto aporte proteico; debería situarse entre 1,2 a 2 gr/kg/día.
 - ✓ Las fórmulas enterales altas en proteína entera (no hidrolizada) deberían usarse como primera línea de tratamiento nutricional.
 - ✓ Las fórmulas concentradas (más de 1,2 kcal/ml) serían de ayuda para pacientes con restricción de fluidos.
 - ✓ Aún en presencia de falla renal aguda, los pacientes deben recibir el aporte proteico recomendado para la UCI (1,2 a 2 gr/kg/día).
 - ✓ No se recomienda iniciar nutrición parenteral temprana en caso de imposibilidad de uso del tubo digestivo.
 - ✓ En el caso de realizar rotación del paciente a decúbito prono, la nutrición enteral puede continuar con administración a estómago si no hay signos de intolerancia gastrointestinal.
 - ✓ Considerar la incidencia de disfagia post-extubación para adecuar la terapia nutricional en caso de ser necesario.
 - ✓ Realizar evaluación deglutoria post-extubación antes de iniciar la alimentación.
 - ✓ Se recomienda el diseño e implementación de protocolos para aumentar el cumplimiento del objetivo calórico propuesto en los pacientes.

- ✓ **Luego del paso por UCI continuar con nutrición enteral hasta que la ingesta vía oral sea superior al 65% de los requerimientos.** Este grupo de pacientes necesitará probablemente suplementación oral a largo plazo para su recuperación.

Kcal	Proteínas	Tipo de formula
20-25 kcal/kg PA con progresión 25 a 30 kcal/kg Obeso: PIC	1.2 a 2 g/kg/día	<u>Primera línea de tto:</u> Formulas hiperproteicas (no hidrolizadas) Pac. con restricción volumen: formulas alta densiada calórica (+ de 1.2 kcal/ml)
	Falla renal: 1.2 a 2 g/kg/día	

SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN INTERNACIÓN GENERAL CON COVID 19

En muchas circunstancias, los pacientes que ingresan a internación general o devienen de la UCI no cubren sus objetivos de energía y proteínas a través de la ingesta oral tradicional.

En el caso de la transición de UCI a piso, **se recomienda continuar con nutrición enteral hasta que la ingesta vía oral sea superior al 65% de los requerimientos.** Este grupo de pacientes necesitará probablemente suplementación oral a largo plazo para su recuperación [3].

Por otro lado, en el caso de aquellos pacientes que no revisten gravedad y que no ponga en riesgo sus vidas (por lo que no pasarían a cuidados intensivos) pero requieran hospitalización, presenten dificultad respiratoria y/o la odinofagia secundaria al COVID-19 puede limitar su ingesta calórica y proteica a través de la vía oral. **En el caso de ser inferior al 70%, se recomienda la indicación de SUPLEMENTOS ORALES** [6].

Cuando la ingesta oral tampoco logre cubrir requerimientos con suplementación oral, es meritorio considerar la necesidad de colocación de sonda nasogástrica e iniciar alimentación enteral.

Pacientes no ventilados Si no cubres los % de las rda metas para la patología, requerirán soporte enteral.

Disfagia:

Se recomienda identificar a los pacientes que presentan disfagia para la evaluación de la deglución, a fin de prevenir complicaciones de la alimentación oral. Se recomienda realizar

screening temprano del trastorno deglutorio (por profesionales especializados) post-extubación antes de iniciar la terapia nutricional oral con el fin de prevenir complicaciones clínicas [9].

La ingesta oral se ve afectada después de la extubación y se ha descrito una alta incidencia de disfagia (entre 10% y 67,5%, con una media de alrededor del 50%, a pesar de diferentes tiempos y métodos evaluación de la disfagia) [10].

El trastorno deglutorio post-extubación puede prolongarse hasta 21 días principalmente en ancianos, y después de una intubación prolongada [11].

Esto también aumenta la indicación de nutrición enteral, así como también espesantes para la transición hacia la vía oral con rehabilitación correspondiente.

SOPORTE NUTRICIONAL PARA LOS PACIENTES QUE VUELVEN A CASA

El Soporte Nutricional en Domicilio (SND) es un procedimiento beneficioso por varios motivos:

- ✓ Mejora la calidad de vida del paciente al reintegrarlo a su núcleo familiar y/o medio social.
- ✓ Permite cumplir con los objetivos nutricionales del paciente después del alta y sostiene la continuidad del tratamiento de la patología de base.
- ✓ Ayuda a evitar o disminuir la posibilidad de complicaciones relacionadas con la internación hospitalaria como son las infecciones nosocomiales.
- ✓ Además, genera ahorros en el sistema de salud a través de:
 - Optimización de los recursos hospitalarios.
 - Reducción de la tasa de readmisión hospitalaria.
 - Reducción de complicaciones relacionadas con el paciente malnutrido

Inconveniente: tramite frente a los prestadores sean obras sociales y prepagas de los insumos y maquinarias necesarias, tanto como la asistencia del personal profesional capacitado para el seguimiento de los pacientes

Referencias bibliográficas:

1. Guía de Práctica Clínica de Soporte Nutricional Enteral y Parenteral en Pacientes Hospitalizados y Domiciliarios. Programa Nacional de Garantía de Calidad a la Atención Médica. Resolución 1548/2007. Ministerio de Salud de la República Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1548-2007-134888/texto>
2. Soporte nutricional en el paciente adulto críticamente enfermo. Un consenso de práctica clínica. Grupo de Trabajo de Abordaje Nutricional en el Paciente Crítico. Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral Comité de Soporte Nutricional y Metabolismo. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2016;26(1 Supl 1):S1:S82.
3. Terblanche E, Bear D. Critical Care Specialist Group(CCSG) of theBDA Guidance on management of nutritionand dietetic services during theCOVID-19 pandemic. BDA Critical Care

- Specialist Group. 24 de Marzo 2020. Disponible en: <https://www.bda.uk.com/resource/critical-care-dietetics-guidance-covid-19.html>
4. Singer P, Reintam Blaser A, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition* 38 (2019) 48-79. Disponible en: <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>
 5. Taylor BE, McClave SA, Martindale RG, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition (JPEN)*, 2016: 40(2):159–211. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607115621863>
 6. Bermúdez Ch, et al. Recomendaciones nutricionales de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica para pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2. *Rev. Nutr. Clin. Metab.* 2020;3(1):xx.
 7. Reeves A, White H, Sosnowski K, Tran K, Jones M, Palmer M. Energy and protein intakes of hospitalized patients with acute respiratory failure receiving non-invasive ventilation. *Clin Nutr* 2014;33:1068e73.
 8. Ledr SB, Siner JM, Bizzaro MJ, McGinley BM, Lefton-Greif MA. Oral alimentation in neonatal and adult populations requiring high-flow oxygen via nasal canula. *Dysphagia* 2016;31:154e9.
 9. Cámpora H, Costilla M, Estol C, Kecskes C, Mastroberti L, Santamarina L, Weinberg M, Zurrú MC. Consenso de diagnóstico y tratamiento de los trastornos deglutorios y nutricionales de los pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista Medicina Intensiva*. Año 2018. Vol 35 - Nro 2 Supl. Disponible en: [revista.sati.org.ar › index.php › article › view › pdf](http://revista.sati.org.ar/index.php/article/view/pdf)
 10. Tsai MH, Ku SC, Wang TG, Hsiao TY, Lee JJ, Chan DC, et al. Swallowing dysfunction following endotracheal intubation. *Medicine* 2016;95:24.
 11. Macht M, Wimbish T, Clark B, Benson AB, Burnham EL, William A, et al. Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Crit Care* 2011;15. R231e9.13.
 12. Bischoff SC, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition* 39 (2020) 5-22.