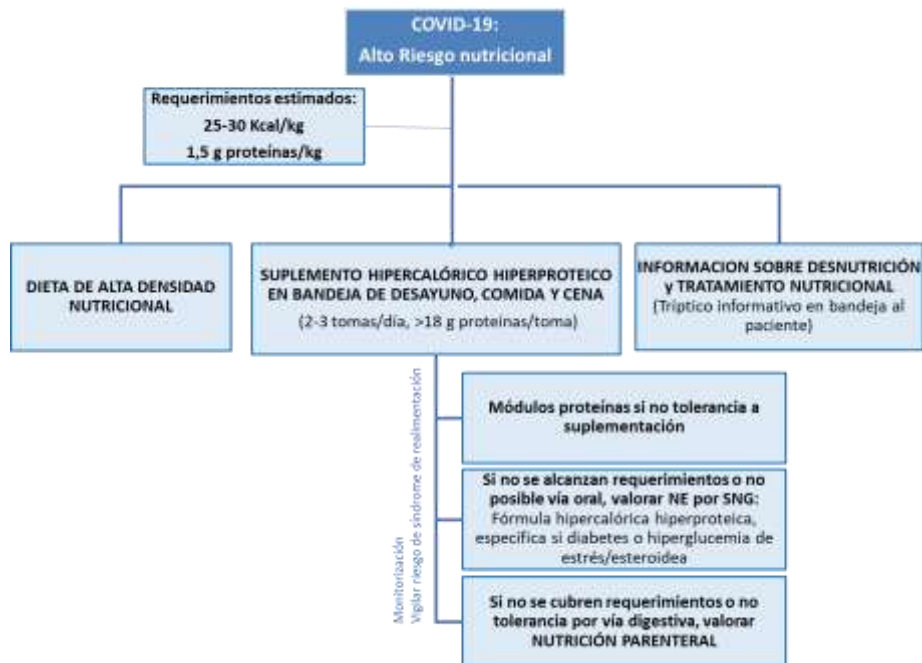


ABORDAJE DE LA DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19

1. Son pacientes de **alto riesgo nutricional** por los altos requerimientos de la situación inflamatoria aguda grave y la dificultad para alcanzarlos debido a hiporexia y dificultades en la alimentación. **Los requerimientos nutricionales estimados son 25-30 Kcal/Kg/día y 1,5 g proteínas/kg/día.**
2. **PACIENTE CON INGESTA ORAL: Se recomienda desde el ingreso, DIETA DE ALTA DENSIDAD y SUPLEMENTO NUTRICIONALES ORAL HIPERCALÓRICO HIPERPROTEICO EN 2-3 tomas al día**, que aporte al menos **18 g de proteínas por toma**, incorporando en bandeja un tríptico informativo sobre la desnutrición para **fomentar la adherencia**. Es importante evaluar la ingesta de los pacientes. Hacer interconsulta a la Unidad de Nutrición si: diabetes mal controlada, insuficiencia renal con $FG < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$, disfagia o mala tolerancia. Valorar módulo proteico si la tolerancia no es buena o insuficiente cumplimiento.



3- SI NO SE ALCANZAN REQUERIMIENTOS, a pesar de suplementación oral (valoración cada 48 h):

Valorar **Nutrición enteral (NE)** (complementaria a la oral, o completa).

- Fórmula hipercalórica hiperproteica
- Si diabetes o hiperglucemia de estrés con mal control, fórmula específica para diabetes hiperproteica
- **Recomendaciones generales:** 1) Comprobar mediante **Rx tórax** la correcta colocación de SNG; 2) La cabecera de la cama debe mantenerse a **45°** mientras se administre NE, y hasta una hora después (también si paciente en prono); 3) Lavar la SNG con 50 ml de agua al retirar la NE (o cada 8 h, si NE continua). En caso de paciente en **decúbito PRONO**, puede utilizarse NE con especial monitorización de tolerancia gastrointestinal

- Comenzar a un ritmo de 30 ml/h de 8 a 24 h. (500 ml) y progresar cada 24 h a ritmo mayor hasta alcanzar requerimientos (la mayoría de las fórmulas hiperproteicas tienen aprox. 20% de proteínas: 50 g/1000 Kcal)

Peso	Req.calóricos (25-30 Kcal/kg)	Req. proteicos (1,2-1,5 g/kg)	Volumen NE objetivo	Ritmo infusión final objetivo	Pauta c/24 h orientativa
50 kg	1250-1500 Kcal	60-75 g	1000 cc	63 ml/h	31-47-63 ml/h
70 kg	1750-2100 Kcal	84-105 g	1400 cc	88 ml/h	31-63-88 ml/h
90 kg	2250-2700 Kcal	108-135 g	1800 cc	113 ml/h	31-63-113 ml/h

En pacientes con obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), considerar peso ajustado para el cálculo de requerimientos = $\text{Peso para IMC25} + (\text{peso actual} - \text{peso para IMC25}) \times 0,25$ (0,33 en crítico)

En pacientes con desnutrición, para evitar síndrome de realimentación: iniciar a mitad de dosis y progresar más lentamente, vigilar potasio, magnesio y fósforo (diario, en primeros 7 días) y administrar tiamina.

- En **pacientes con ventilación mecánica no invasiva o cánula nasal de alto flujo** intentar mantener dieta oral y suplementos nutricionales orales. Vigilar ingesta.
- En **pacientes con ventilación mecánica invasiva** el inicio de NE debe ser precoz (primeras 48 h de ingreso) y los requerimientos estimados son **20-25 Kcal/kg y 1,2-1,8 g proteínas/kg**, que se alcanzarán de manera progresiva, hasta el 7º día de ingreso en UCI, en pauta de administración continua: 1) Primeras 72 h: Menos del 70% requerimientos; 2) 3-7 días: 70-100% requerimientos; 3) >7 días: 100 % requerimientos. **No contraindican NE**, aunque necesitan mayor vigilancia: relajación, prono, ECMO, ausencia de ruidos hidroaéreos (sin datos de isquemia, íleo u obstrucción).
- Para alcanzar los requerimientos proteicos puede ser necesario emplear **módulos de proteínas** (10 g/sobre) o fórmulas específicas.
- Evitar NE precoz en pacientes inestables (shock no controlado, hipoxemia y acidosis), o complicaciones digestivas que así lo aconsejen (hemorragia digestiva alta, isquemia intestinal, obstrucción intestinal, síndrome compartimental abdominal o fístula digestiva alta de alto débito)
- Monitorizar **tolerancia gastrointestinal**:
 - o Valorar medir el residuo gástrico al inicio o si datos de intolerancia GI.
 - o Valorar eritromicina 250 mg/8 h y/o metoclopramida 10 mg/8 h iv (**cuidado, ambas pueden prolongar QT**) y/o administración postprandial, si náuseas/vómitos/distensión abdominal/residuos altos (> 500ml)
 - o Si diarrea (>3-5 deposiciones/d o más de 750 ml/d), reducir la dosis de NE a la mitad, **NO SUSPENDER** salvo si mayor inestabilidad hemodinámica, diarrea sanguinolenta o distensión abdominal. Si diarrea persistente, valorar cambiar a fórmula hiperproteica con fibra soluble o peptídica. Valorar Clostridium difficile.
- **Nutrición parenteral** si no es posible alcanzar los requerimientos o mala tolerancia gastrointestinal. **NO SE RECOMIENDA NP PRECOZ**. Valorar NP tras 5-7 días cuando no se ha podido iniciar NE o no se alcanza >60% de requerimientos, después de haber optimizado las estrategias para mejorar la tolerancia a NE. Se podrá utilizar NP periférica en pacientes sin vía central, con bajos requerimientos y buena tolerancia a volúmenes altos. Las NP comerciales no aportan vitaminas u oligoelementos.

4- Paciente Post-UCI

- **Recordar la importante prevalencia y repercusiones de la DISFAGIA POSTEXTUBACIÓN y PÉRDIDA DE MASA Y FUNCIÓN MUSCULAR**
- Se recomienda evaluación por equipo multidisciplinar (M.Interna/Neumología/Geriatria, Nutrición, Rehabilitación/fisioterapia/logopedia, Psiquiatría/psicología, Trabajo social, etc)
- Cribado nutricional, evaluación de la ingesta, masa y función muscular y disfagia orofaríngea
- Mantener suplementos nutricionales energéticos hiperproteicos durante el ingreso y valorar al alta.

La Unidad de Nutrición Clínica y Dietética está a disposición de todos para individualizar cualquier tipo de tratamiento nutricional