



Nutrición parenteral

Parenteral nutrition.

Alejandro Hidalgo-Ponce

ANTECEDENTES

Se ha documentado el efecto que produce la nutrición inadecuada en los enfermos críticos asociada con la gravedad de la enfermedad y con estancias prolongadas en la unidad de cuidados intensivos. Las consecuencias de ésta implican incremento en la morbilidad y mortalidad y la aparición de un estado de debilidad importante y prolongado vinculado con la proteólisis y la pérdida de masa muscular.

La enfermedad asociada con el COVID-19 ha tomado por sorpresa al mundo en general y a los sistemas de salud en particular, implementando una serie de protocolos y cuidados a la par de los conocimientos adquiridos.¹

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL VS PARENTERAL EN EL PACIENTE CON COVID-19

ESPEN presentó una serie de sugerencias nutricionales para el paciente enfermo gravemente por neumonía por COVID-19 coincidiendo en darle prioridad a la alimentación por vía oral y, en su caso, la instalación de una sonda nasogástrica para nutrición enteral temprana por la que se ha priorizado la administración continua sobre la utilización de bolos e, incluso, la reinstalación pospilórica de la sonda con los riesgos que implican en el personal de salud a cargo. La nutrición parenteral se ha quedado en un estado únicamente de complemento de no conseguir los requerimientos nutricionales por arriba de 60% en un periodo determinado.^{2,3}

Sin embargo, en los pacientes con COVID-19 sucede una serie de eventos que ponen en riesgo la utilización de la nutrición enteral. Al parecer,

Especialista en Medicina Interna, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE y Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Hospital 1º de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.

Correspondencia

Alejandro Hidalgo Ponce
alhipo_56@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Hidalgo-Ponce A. Nutrición parenteral. Med Int Méx. 2020; 36 (Suplemento 4): S64-S65.
<https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4981>



la mitad de los pacientes críticos con COVID-19 padecen hipomotilidad gástrica por efecto directo del virus que puede provocar intolerancia a la administración de nutrición por vía enteral durante algunos periodos. A este hecho hay que agregar los efectos en la motilidad gástrica que de manera negativa producen los sedantes y opioides administrados durante la adaptación de la ventilación mecánica del paciente. Una de las manifestaciones es el incremento en el residuo gástrico por arriba de 500 mL, distensión abdominal, evacuaciones disminuidas en consistencia y abundantes e incluso isquemia intestinal, no solo con problema mecánico, sino también de absorción limitada. Asimismo, un factor importante que limita la nutrición enteral son los cambios de posición de supino a prono y viceversa que implican el riesgo de salida de la posición de la sonda, reflujo gastroesofágico e incluso vómito con riesgo de aspiraciones pulmonares con mayor daño. Por último, si el paciente requiere ventilación mecánica no invasiva la nutrición enteral podría verse afectada por la ubicación de la sonda porque al no sellar correctamente existiría fuga de aire con ventilación inadecuada. En tales circunstancias alcanzar 60% de requerimientos energéticos a las 72 horas de iniciado seguramente será imposible.

NUTRICIÓN PARENTERAL

La nutrición parenteral, según la efectividad de los requerimientos alcanzados, podría ser periférica, complementaria o total, evitando de esta manera una nutrición inadecuada. La nutrición parenteral también puede considerarse cuando exista gran riesgo de aerosoles en la colocación de la sonda enteral.

La nutrición parenteral debe iniciarse 3 a 7 días después del ingreso del paciente, luego que las estrategias de nutrición enteral no hayan demostrado eficacia, a manera de complemento con nutrición enteral o total. En los pacientes

desnutridos previamente, ésta puede comenzar el día 3 con velocidad de perfusión gradual llegando al total de requerimientos el día 7. Debe evitarse la sobrealimentación.

Como parte de la nutrición parenteral deben considerarse todos los nutrientes: aminoácidos, glucosa y lípidos, siempre y cuando no exista contraindicación para estos últimos, como hipertrigliceridemia mayor de 400, en esos casos podría administrarse sin lípidos.

Una vez que se vence el obstáculo que contraindica la nutrición enteral, la nutrición parenteral debe disminuirse gradualmente hasta que la nutrición enteral alcance los requerimientos adecuados.

Aún no existe evidencia alguna de la administración de nutrimentos inmunomoduladores en los pacientes graves con COVID-19, aunque en teoría podrían existir ventajas con los análogos de glutamina y omega 3.

CONCLUSIONES

Las circunstancias muy específicas del paciente con enfermedad por COVID-19 hacen que la nutrición parenteral tenga mayor protagonismo, puesto que la nutrición enteral implica más contraindicaciones, complicaciones y afectación gastrointestinal frecuente.

REFERENCIAS

1. Romano L, et al. Short report- medical nutrition therapy for critically ill patients with COVID-19. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020. DOI: 10.26355/eurev_202004_20874
2. Barazzoni R, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>
3. Martindale R, et al. Nutrition therapy in the patient with COVID-19 disease requiring ICU care. Update April 1, 2020 www.nutriticoncare.com <https://www.sccm.org/getattachment/Disaster/Nutrition-Therapy-COVID-19-SCCM-ASPEN.pdf?lang=en-US>