



Tratamiento nutricional en paciente crítico SARS-CoV-2, visión desde la calma

Nutrition therapy in critically ill patients with SARS-CoV-2: where to focus now?

A principios del año 2020 tuvimos que enfrentarnos al SARS-CoV-2, una nueva realidad que sobrecargó nuestra práctica habitual y sembró de dudas nuestra rutina. Se publicaron múltiples recomendaciones basadas en la experiencia no COVID que nos ayudaron a salir del paso. Ahora que hemos recuperado la calma, es el momento de analizar y compartir la experiencia y, a través del conocimiento adquirido, optimizar el tratamiento nutricional de los pacientes COVID-19, que vamos a seguir tratando.

Las publicaciones de calidad científica en tratamiento nutricional COVID-19 todavía son escasas y probablemente esta patología no sea tan diferente a las que habitualmente tratamos en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Sus particularidades son las que debemos añadir a nuestra práctica habitual y aprovechar la experiencia para reforzar el concepto de tratamiento nutricional individualizado. Además, cada centro debe desarrollar sus propias estrategias, basadas en el entorno y en los recursos disponibles para poder aplicar de manera eficiente el conocimiento adquirido buscando el beneficio clínico de los pacientes.

La alta prevalencia de pérdida de peso y obesidad en la población de pacientes hospitalizados con COVID-19 hace indispensable la identificación temprana de los pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos para poder realizar un tratamiento nutricional adecuado. Estos pacientes presentan un periodo de ayuno inicial (por inapetencia, cuadro gastrointestinal, anosmia, etc.) que se puede alargar por la necesidad de ventilación mecánica no invasiva y que, sumado al hecho de precisar ingreso en UCI, les confiere a todos ellos ser considerados pacientes con *alto* riesgo nutricional (1) y que el tratamiento nutricional especializado sea un punto fundamental en el tratamiento. Identificar, prevenir y tratar el síndrome de realimentación va a resultar un factor clave. La presencia de desnutrición previa es un factor limitante, que debe tenerse en cuenta dentro de las comorbilidades con un papel determinante en la supervivencia (2,3).

Disponemos de múltiples escalas de valoración nutricional en el entorno hospitalario, pero no existe consenso en cuál se debe utilizar sobre todo en el paciente crítico. En una revisión sistemática realizada en pacientes añosos COVID-19, la mayoría de las herramientas de cribado nutricional demuestran una alta sensibilidad para identificar el riesgo nutricional, pero ninguna resulta superior (4). Este hecho propicia una inadecuada adherencia a las prácticas de detección que dificulta conseguir un tratamiento nutricional eficaz.

Las guías ESPEN recomendaron la utilización de la escala GLIM en pacientes críticos, como la escala de riesgo nutricional más adecuada cuando todavía su utilización no se había estandarizado en los pacientes críticos no COVID (3). En el paciente crítico se ha publicado que NUTRIC *score* modificado es una herramienta apropiada para la evaluación del riesgo nutricional y la predicción del pronóstico para pacientes con COVID-19 (5). Se trataba de una población añosa con gran número de comorbilidades lo cual por sí solo ya le confiere una mayor mortalidad. Aunque NUTRIC *score* se considera la única escala validada para paciente crítico, tiene claras limitaciones como el caso de pacientes jóvenes, con pocas o ninguna comorbilidad y con fallo de un solo órgano que conduce a infravalorar el riesgo de desnutrición, incluso teniendo en cuenta los niveles altos de IL-6.

La enfermedad por COVID-19 crítica se define en 4 escenarios clínicos: preingreso, ingreso, estabilidad y cronicidad (6). Debemos disponer de una valoración nutricional dinámica adecuada en cada fase evolutiva para

editorial

poder ajustar el tratamiento nutricional a cada periodo (7). El concepto de rehabilitación nutricional debería ponerse en marcha de forma precoz para evitar secuelas clínicas mayores.

La inteligencia artificial y los métodos de aprendizaje automático nos pueden ayudar a crear herramientas para identificar y clasificar la desnutrición en pacientes críticos. Sin duda, debemos monitorizar para poder optimizar las dosis adecuadas de nutrición y sus complicaciones de forma individualizada (8). La detección instrumental del riesgo nutricional y la medición de la composición corporal es otro punto aplicable en estos enfermos, que debemos considerar si se encuentra a nuestro alcance.

En la actualidad nos quedan enormes lagunas en el conocimiento en nutrición clínica aplicable al COVID-19. Esperamos la publicación de estudios realizados fuera de la primera ola, dado que en ese momento la presión asistencial, inexperiencia y la utilización de tratamientos que abandonamos por ineficacia y que no resultaron inocuos, hacen que el escenario resulte un sesgo en sí mismo (9). Necesitamos consolidar una nueva manera de trabajar para que en el futuro del COVID-19 o en otras pandemias, podamos realizar investigación clínica sólida basada en una metodología aceptada y rigurosa que nos permita obtener resultados más rápidos y creíbles (10).

M.^a Luisa Bordejé¹ y Clara Vaquerizo²

¹Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

Bibliografía

1. Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, et al.; endorsed by the ESPEN Council. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr* 2020;39(6):1631-8. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.03.022
2. Lew CCH, Yandell R, Fraser RJL, Chua AP, Chong MFF, Miller M. Association between malnutrition and clinical outcomes in the intensive care unit: a systematic review [formula: see text]. *JPEN - J Parenter Enter Nutr* 2017;41(5):744e58. DOI: 10.1177/0148607115625638
3. Thibault R, Seguin P, Tamion F, Pichard C, Singer P. Nutrition of the COVID-19 patient in the intensive care unit (ICU): a practical guidance. *Crit Care* 2020;24(1):447. DOI: 10.1186/s13054-020-03159-z
4. Silva DFO, Lima S, Sena-Evangelista KCM, Marchioni DM, Cobucci RN, Andrade FB. Nutritional risk screening tools for older adults with COVID-19: a systematic review. *Nutrients* 2020;12(10). DOI: 10.3390/nu12102956
5. Zhang P, He Z, Yu G, Peng D, Feng Y, Ling J, et al. The modified NUTRIC score can be used for nutritional risk assessment as well as prognosis prediction in critically ill COVID-19 patients. *Clin Nutr* 2021;40(2):534-41. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.05.051
6. González-Salazar LE, Guevara-Cruz M, Hernández-Gómez KG, Serralde Zúñiga AE. Manejo nutricional del paciente hospitalizado críticamente enfermo con COVID-19. Una revisión narrativa. *Nutr Hosp* 2020;37(3):622-30. DOI: 10.20960/nh.03180
7. Mechanick JI, Carbone S, Dickerson RN, Hernández BJD, Hurt RT, Irving SY, et al. Clinical Nutrition Research and the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review of the ASPEN COVID-19 Task Force on Nutrition Research. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2021;45(1):13-31. DOI: 10.1002/jpen.2036
8. Raphaeli O, Singer P. Towards personalized nutritional treatment for malnutrition using machine learning-based screening tools. *Clin Nutr* 2021;40(10):5249-51. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.08.013
9. Martinuzzi ALN, Manzanares W, Quesada E, Reberendo MJ, Baccaro F, Aversa I, et al. Nutritional risk and clinical outcomes of COVID-19 critically ill adult patients. *Nutr Hosp* 2021;38(6):1119-25. DOI: 10.20960/nh.03749
10. Thomas S, Alexander C, Cassady BA. Nutrition risk prevalence and nutrition care recommendations for hospitalized and critically-ill patients with COVID-19. *Clin Nutr ESPEN* 2021;44:38-49. DOI: 10.1016/j.clnesp.2021.06.002