

## **SOBRE LA ACTUACIÓN NUTRICIONAL EN LA INFECCIÓN POR EL CORONAVIRUS SARS COV-2\***

*Sergio Santana Porbén*<sup>1</sup>.

El año 2020 ha quedado marcado por la infección pandémica causada por el coronavirus Sars Cov-2. En uno de sus posibles fenotipos, la infección viral progresa rápidamente hasta el distrés respiratorio, que provoca falla ventilatoria, hipoxemia e hipercapnia, y con ello, los requerimientos del manejo avanzado de la vía aérea (intubación/traqueostomía) y de ventilación mecánica asistida.

La tasa de mortalidad asociada a la infección viral pudiera verse como baja (mejor dicho limitada), pero se sobre-expresa llamativamente en las subpoblaciones de alto riesgo como los ancianos, los agobiados por múltiples comorbilidades (entre las que se destaca la Diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), y los inmunodeprimidos por tratamientos concurrentes (como serían aquellos en las distintas etapas de la citorreducción tumoral). De todo lo anterior emerge que la atención nutricional es y debe ser parte integral de los cuidados médicos del sujeto infectado por el virus Sars Cov-2, y que ésta recorre todas las etapas del proceso de cuidado del paciente hospitalizado por dicha enfermedad.

En la FELANPE hemos recibido varias guías y propuestas de actuación nutricional en la infección por el coronavirus Sars cov-2 para difusión entre los equipos de salud de la región Iberolatinoamericana. De más está decir que otros equipos de salud que trabajen en otras regiones del mundo pueden también beneficiarse de la lectura de estos textos.

Los textos propuestos son coincidentes en muchos aspectos, y a la vez, divergen en otros puntos: muestra de la diversidad de experiencias, interpretaciones, y situaciones locales que los redactores de estas guías han enfrentado. Por consiguiente, me extenderé entonces sobre varios asuntos que me gustaría recalcar.

La evaluación nutricional y la elaboración de pronósticos sobre la evolución ulterior del enfermo infectado son primordiales llegado el momento de implementar el proceso de cuidado alimentario, nutricional y metabólico (y que resumiré como PCANM en lo que sigue de mi exposición). No percibo que una herramienta sea mejor que otra en este punto. Lo que sí es importante es que el equipo de salud reconozca que un paciente que en el primer momento se presenta con pérdida de peso, anorexia importante, decaimiento y astenia, y proviene de algunos de los grupos de riesgo antes mencionados, pudiera ya ser calificado como un desnutrido en potencia y, por lo tanto, el tratamiento nutricional no debería diferirse. En las situaciones como las que atravesamos, es mejor errar sobre seguro y colocar la etiqueta de “DESNUTRIDO/EN RIESGO NUTRICIONAL” hasta no demostrar lo contrario. También en este punto llamo la

---

\* Disponible en: <https://felanpeweb.org/web/2020/04/26/sobre-la-actuacion-nutricional-en-la-infeccion-por-el-coronavirus-sars-cov-2/>.

*Nota del Editor:* El texto del Editorial ha sido transcrito íntegramente de la fuente original. Se ha tratado en todo momento de preservar el estilo del autor.

<sup>1</sup> Médico. Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente.

atención sobre la obesidad abdominal como otro subgrupo importante de riesgo ante la infección viral por la probable concurrencia de estados de resistencia a la insulina en estos sujetos.

El siguiente paso es coincidente para todos. En todo paciente que pueda ser alimentado por vía oral, la prescripción dietética debe ser la primera intervención a realizar. Aquí intervienen las dinámicas institucionales e incluso familiares, porque si no se tienen en cuenta las características de los servicios de gastronomía hospitalaria y su capacidad de responder a los pedidos del equipo de salud, poco podremos lograr. La alimentación del enfermo (como sabemos) debe ser saludable, nutritiva, balanceada, variada, inocua y sobre todo palatable. Y esto es un gran reto. Asimismo, el entorno dentro del cual se desenvuelve el enfermo debe ser objeto de atención (e intervención) del equipo de salud: ¿Quién lo alimenta? ¿Quién le cocina? ¿Quién lo cuida?

Se han descrito acciones para mejorar el sistema inmune del enfermo mediante la dieta. Una dieta saludable garantiza suficientes nutrientes para la inmunocompetencia, pero objetivos superiores implicaría una intervención fármaco-nutricional, en virtud de las cantidades de alimentos que habría que aportar para lograrlos. No obstante, la incorporación en la prescripción dietética de vegetales y frutas frescas debería ser la regla que no la excepción.

La prescripción dietética debe asociarse invariablemente con preparados vitamino-minerales y suplementos enterales para lograr satisfacer los requerimientos nutrimentales establecidos de antemano. Como dije en párrafos precedentes, no percibo que un producto sea superior a otro en su efectividad. En la selección del producto “mejor” entonces le cabe la decisión al equipo de salud basada en la experiencia, la disponibilidad, el costo y la tolerancia en el uso. No siempre más es mejor, y los equipos de salud deben estar atentos a las cantidades a administrar.

Los esfuerzos nutricionales se intensificarían naturalmente en aquellos casos en los que el paciente no puede sostener por sí solo el estado nutricional del solo consumo oral de alimentos y suplementos. El acompañamiento del enfermo, y la monitorización nutricional regular, avisarán sobre aquellos en los que debemos escalar acciones. Aquí la decisión es binaria: ¿Será el paciente capaz de beneficiarse de un esquema enteral? ¿Será mejor un esquema parenteral? Como todos sabemos por propio crecimiento, ni uno ni otro esquema es 100 % efectivo ni universal. Lo que para mí es más importante es que el equipo de salud esté alerta al punto de escalamiento de acciones y recurra a un protocolo santificado por la práctica institucional y avalado por los especialistas en Nutrición que actúan dentro de la institución de salud.

Decidido un esquema de apoyo/sostén/repleción nutricional, siempre es conveniente aportar inicialmente el 25 – 35 % de los requerimientos estimados. Esta práctica nos permite evaluar la tolerancia, y comprobar la operatividad del esquema implementado antes de realizar los primeros ajustes. Es obvio entonces que un paciente que no tolere estas cantidades, o en el que la progresión en alcanzar la meta propuesta se vuelve lenta y trabajosa, comporta un mal pronóstico.

La efectividad de las terapias nutricionales implica la estabilidad hemodinámica y metabólica del enfermo. Se han descrito experiencias sobre el aporte de nutrientes en situaciones de inestabilidad hemodinámica, pero yo (en lo personal) recomendaría siempre mucha cautela.

El supraobjetivo último de las terapias nutricionales es satisfacer los requerimientos nutrimentales del enfermo a fin de asegurar la mejor respuesta terapéutica y la sinergia con las acciones farmacéuticas y mecánicas que se conducen en el mismo. Se ha de reconocer que durante años se han propuesto a las terapias nutricionales como un vehículo para la Fármaco-Inmuno-Nutrición. En virtud de ello, se han recomendado manipulaciones de nutrientes añadidos a las preparaciones farmacéuticas en cantidades superiores a las dosis diarias recomendadas (RDA). No revelo a nadie los resultados desalentadores de varios ensayos clínicos altamente publicitados, y cómo este paradigma ha quedado relegado a un tercer plano en años recientes. También percibo que, en el ajeteo de las unidades de atención de los pacientes graves y críticamente enfermos, y

ante el cambio fisiopatológico continuo que los mismos pueden experimentar, dejar establecido que se use uno u otro nutriente con fines fármaco-nutricionales pudiera ser contraproducente. Sin embargo, también agregaría que, si se dispone de un producto tal, se tiene la oportunidad para el uso del mismo, se tienen especialistas calificados, y se percibe que la inclusión de este recurso dentro del plan terapéutico puede hacer una diferencia a favor del paciente, entonces no deberíamos dudar en usarlo. Después nos ocuparíamos de reunir todos estos datos, e interpretar los resultados para llegar a conclusiones.

No quiero extenderme más en esta discusión. El terreno es fértil para nuevas ideas y, sobre todo, nuevas experiencias y conocimientos.

Sergio Santana Porbén  
Director de Proyectos 2019 – 2021  
FELANPE  
La Habana  
Cuba