



NAES

Nutrición y atención en salud

Fascículo 2, agosto 2020.

Resumen: informe de ASPEN sobre Procesos de Práctica de Soporte Nutricional con COVID-19: Primera Respuesta. Mayo 2020¹

La enfermedad por COVID-19 ha generado gran cantidad de publicaciones científicas que explican el impacto de esta enfermedad desde varios puntos de vista o especialidades. El campo de la nutrición no se queda atrás; ya se han publicado diferentes artículos que explican el impacto a nivel nutricional de los pacientes diagnosticados con COVID-19.

Zhao et al describieron algunas características importantes para tener en cuenta en el cuidado del estado nutricional de los pacientes, al ser factores determinantes en la prevención de complicaciones en los pacientes. Estas características corresponden a la inflamación, la disminución de la ingesta y la presencia de diarrea en algunos casos², siendo esta última un agravante a la poca ingesta de alimentos.

Una menor ingesta proteico-calórica no solo aumenta el riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados, si no que incrementa considerablemente la mortalidad y disminuye la respuesta inmune. La alimentación inadecuada (aún por pocos días) debe ser contrarrestada lo más pronto posible y se recomienda el uso de una terapia médica nutricional enteral o parenteral, que comienza con la fortificación de alimentos, y consecutivamente avanza a suplementación oral, nutrición enteral y luego nutrición parenteral, dependiendo de la condición clínica del paciente. En el caso de soporte nutricional enteral, se recomienda optar por sonda gástrica e infusión continua³, debido a que favorece la tolerancia y disminuye el riesgo de contaminación del personal de salud.

Teniendo en cuenta estas complicaciones para alcanzar las necesidades nutricionales, durante el pasado mes de mayo, la Asociación Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) publicó un informe sobre procesos de práctica de soporte nutricional en pacientes con COVID-19. En este do-

cumento, se destacan los cambios necesarios en la práctica clínica reportados por profesionales de la salud que han tenido que adaptar el cuidado nutricional en hospitales y hogares de pacientes con COVID-19 con el fin de garantizar o mejorar el aporte nutricional. El documento describe las siguientes temáticas:

Atención Nutricional

- Herramientas de telemedicina para ver pacientes desde casa.
- Herramientas necesarias de video para realizar examen físico y conocer el entorno familiar.
- Ahorro en equipos de protección y exposición limitada de los profesionales de salud (un solo profesional que realice la interacción con el paciente y retroalimente al equipo interdisciplinario).
- Equipos de trabajo fijos desde casa, evitando rotar al personal y disminuyendo así la exposición.
- Tamización periódica a profesionales de la salud y a pacientes sintomatológicos.

Evaluación Nutricional

- En el entorno hospitalario, no se recomienda a los profesionales en nutrición y dietética ingresar a las UCI o salas de aislamiento de los pacientes para realizar una evaluación nutricional centrada en el examen físico.
- Se recomienda optar por hacer una tamización (estilo MUST) sin examen físico presencial y generar evaluaciones orientadas a educación.
- Cálculo de necesidades energéticas con ecuaciones predictivas.

Referencias: 1. Mulherin DW, et al. *Nutr Clin Pract.* 2020; 00(0):1-9.

2. Zhao X, et al. *J Parenter Enteral Nutr.* 2020;72(3):151-158. 3. Arkin N, et al. *Clin Nutr.* 2020; 39(7), 2327-2328.

- Inicio temprano de nutrición enteral en pacientes críticos disminuye mortalidad e infecciones.
- La nutrición enteral por sonda nasogástrica es la primera opción. En caso de intolerancia se debe suplementar con nutrición parenteral parcial o total para disminuir procesos de malnutrición.
- Puede llegar a existir escasez de fórmulas para nutrición enteral por lo que se puede ampliar el uso de productos no convencionales (que no generen intolerancia gastrointestinal), prefiriendo la infusión continua en caso de no tener bombas de infusión.
- Los pacientes ambulatorios que requieren atención nutricional pueden ser atendidos por telesalud. Se debe hacer seguimiento periódico y con la frecuencia requerida.

Entrega de alimentos y suplementos orales

- Si los pacientes requieren más de una toma al día, unificar las tomas a una sola para disminuir el contacto.
- Buscar la entrega a domicilio de productos nutricionales en pacientes ambulatorios.
- En los pacientes hospitalizados, se deben modificar los horarios de entrega de los tiempos de comida buscando que el personal de enfermería entregue al paciente las bandejas disminuyendo el contacto de otro personal y empleando loza desechable.

Operación y logística asistencial

- Los profesionales de la salud han reportado algunos problemas de salud relacionados con el trabajo en casa. Por lo tanto, se requieren pausas activas establecidas.
- Existe preocupación en algunos casos por disminución de horas laborales y sugerencia para tomar vacaciones o licencias no remuneradas.

Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19⁴

El Ministerio de Salud y Protección Social ha publicado los lineamientos para manejo clínico de pacientes COVID-19 en Colombia.

El documento busca brindar a los Prestadores de Servicios de Salud y EAPB del país orientaciones para identificar los casos de infección causada por el SARS-COV2 y pautas para el manejo clínico del paciente con enfermedad.

La primera parte del documento hace énfasis en algunas recomendaciones administrativas y asistenciales para los prestadores de servicios de salud. Al personal administrativo se recomienda intervenir facilitando todos los procesos de atención, reporte de historias clínicas, comunicación con la EPS a cargo de los afiliados, generación de pagos y autorizaciones oportunas. Además, debe facilitar no solo los espacios de telesalud; sino también, disponer de suficientes equipos de protección personal para los profesionales que realicen atención a pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad por COVID-19.

Para la atención de los pacientes, el Ministerio de Salud y Protección Social recomienda realizar valoración clínica completa y clasificación del riesgo, realizar las prácticas de bioseguridad señaladas en cada uno de los manuales expedidos en los meses anteriores y acatar las normas éticas dispuestas para el manejo exclusivo de estos pacientes.

El manejo clínico de los pacientes con COVID-19 depende de los criterios de severidad dispuestos en el "Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud" en donde se indican los criterios para hospitalización e ingreso a UCI.

Referencias: 4. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus covid-19. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia. Julio 2020.



- Diagnóstico:

El diagnóstico se orientará según lo establecido en la Circular 19 del Ministerio de Salud y Protección Social de 2020. La prueba recomendada para el seguimiento epidemiológico se hará siempre a través de una prueba por RT-PCR, que es la prueba estándar de oro para la confirmación diagnóstica de COVID-19, de muestras de aspirado traqueal, aspirado nasofaríngeo orofaríngeo o hisopado.

- Tratamiento específico COVID – 2019:

No existe actualmente evidencia procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico para el coronavirus SARS-CoV-2. No obstante, el tratamiento debe individualizarse según la condición del paciente y los criterios de atención ambulatoria, hospitalaria o por UCI.

El documento publicado por el Ministerio de Salud y protección social no incluye recomendaciones específicas de manejo nutricional. Sin embargo, la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) publicó un documento que incluye declaraciones de expertos y orientación práctica para el manejo nutricional de individuos con SARS-CoV-2⁵. Las 10 declaraciones que se pueden tener en cuenta son:

1. El tamizaje nutricional se debe considerar en los pacientes infectados con SARS-CoV-2, especialmente en la población de mayor riesgo.
2. Los pacientes con malnutrición deben tratar de mejorar el estado nutricional, inicialmente con recomendaciones de alimentación realizada por profesionales en nutrición con amplia experiencia.
3. Los pacientes con malnutrición deben asegurar una suplementación suficiente con proteínas, vitaminas y minerales.
4. Los pacientes en cuarentena requieren continuar con actividad física mientras toman precauciones.
5. Los suplementos nutricionales orales (SNO) deben emplearse cuando sea necesario alcanzar los requerimientos nutricionales de los pacientes, cuando las recomendaciones nutricionales o la fortificación de alimentos no es suficiente para incrementar la ingesta nutricional y para cumplir con los objetivos nutricionales. Estos SNO deben proveer por lo menos 400kcal/día, incluyendo alrededor de 30g de



proteína por día y deben continuarse por lo menos durante un mes.

6. En pacientes hospitalizados con multimorbididades y en adultos mayores con un pronóstico de vida razonable, en quienes los requisitos nutricionales no pueden cumplirse por vía oral, se debe administrar nutrición enteral (NE).
7. En pacientes no intubados que se encuentran en la UCI con COVID-19, y en quienes no se alcanzan a cumplir los requerimientos proteico-energéticos con la alimentación oral, la primera elección que se debe considerar son los suplementos nutricionales orales (SNO) y posteriormente si no es posible, la opción siguiente es el tratamiento con nutrición enteral por sonda.
8. En los pacientes con COVID-19 en UCI intubados y ventilados, se debe iniciar la nutrición enteral (EN) a través de una sonda nasogástrica. La alimentación post-pilórica debe realizarse en pacientes con intolerancia a la NE a pesar del tratamiento procinético y en aquellos con elevado riesgo de aspiración. La posición prona no es per se una limitante o una contraindicación en pacientes con NE.
9. En pacientes de UCI que no toleran la dosis completa de nutrición enteral (NE) durante la primera semana, el inicio de la nutrición parenteral (NP) suplementaria o total debe considerarse de manera individual.
10. En pacientes con disfagia en la UCI, se puede considerar la alimentación adaptada a la textura después de la extubación.

Referencias: 5. Barazzoni R, et al. Clin Nutr. 2020; 39(6), 1631–1638.

Atención primaria en pacientes con enfermedades crónicas no COVID-19.

Actualmente, la atención médica y nutricional está centrada en los pacientes afectados por COVID-19. Sin embargo, no se debe desconocer que los pacientes con enfermedades crónicas representan una carga económica y social para la sociedad. La OMS estima que contribuyen al 71% de las muertes que se producen en el mundo anualmente.

De esta manera, es de vital importancia brindar atención oportuna a estos pacientes y dar continuidad a los tratamientos prescritos, incluyendo el manejo nutricional especializado en caso de ser pertinente.

La situación actual de pandemia ha afectado no solamente la atención de los pacientes ya descritos, sino también la de los afiliados que asisten a programas de promoción y prevención y requieren un manejo preventivo de los factores de riesgo comunes que pueden ser modificables como⁴:

- Dietas inadecuadas, desbalanceadas e insuficientes
- Inactividad física.
- Consumo de tabaco y alcohol.

La OMS propone como meta reducir en un 33% las muertes prematuras a causas de estas enfermedades para el 2030. Para lograrlo el primer paso es la prevención y el tamizaje temprano, haciendo énfasis en la modificación de los factores de riesgo mencionados^{3,8,9}. El escenario propicio para ello es la atención primaria en salud, donde la intervención nutricional es clave³. Por ello, se han desarrollado investigaciones que muestren como este tipo de intervención en el primer nivel de atención tiene impacto positivo en desenlaces clínicos, por ejemplo:

- La consulta nutricional conducida por un profesional en nutrición y dietética, es efectiva para mejorar la calidad de la dieta, los valores de hemoglobina glicosilada, el peso y la circunferencia de cintura (Evidencia grado II), en sujetos adultos en comparación con los controles³.
- La consulta nutricional individual es más efectiva que la atención regular (sin consulta con nutricionista) para reducir los niveles de triglicéridos y colesterol total en sujetos con riesgo cardiovascular identificado^{10,11}.
- Un programa de intervención nutricional para la preven-

ción de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incluya consulta individual durante 6 meses, es efectivo para mejorar el perfil lipídico, los valores de glucemia en ayunas, presión arterial, peso y circunferencia de cintura, así como incrementar la ingesta de fibra, alimentos fuente de grasas poliinsaturadas y reducir el consumo de grasa saturada¹².

- Programas de intervención nutricional intensivos donde se imparta educación en riesgos de la diabetes, efectos benéficos del ejercicio y de la cesación del tabaco, reducen en 36% el riesgo relativo de desarrollar diabetes y la incidencia de diabetes en un 10%, luego de 4 años de seguimiento en individuos con alto riesgo de diabetes determinado por la escala de FINDRISC, en comparación con individuos con atención estándar^{13,14}.



Referencias: 6. Mitchell LJ, et al. J Acad Nutr Diet. 2017;117(12):1941-62. 7. OMS. Enfermedades no transmisibles. 2018. 8. Howatson A, et al. J Prim Health Care. 2015;7(4):324. 9. Jancey J, et al. Aust J. Rural Health. 2019;27:210-215. 10. Ross LJ, et al. Nutr Diet. abril de 2019;76(2):199-2. 11. Bednarczuk B, et al. Rocz Panstw Zakl Hig. 2019;235-41. 12. Sartorelli DS, et al. Public Health Nutr. 2005;8(7):820-5. 13. Sagarra R, et al. Rev Clin Esp. 2014;214(2):59-68. 14. Costa B, et al. Diabetología. 2012;55(5):1319-28.

- Intervenciones por más de 1 año en pacientes con exceso de peso y seguimiento mensual, previenen la reganancia de peso³.
- La incorporación de intervención nutricional para la modificación de estilos de vida, orientada a la prevención de ECNT en la atención primaria, ayuda en reducir la carga económica y social de estas patologías a largo plazo^{6,8}.

Cuando se habla de prevención de ECNT desde la alimentación, las recomendaciones de la OMS se enfocan en:

- Reducción de la ingesta de azúcares libres a menos del 5% del aporte total de calorías/día¹⁵.
- Incrementar el consumo de frutas y verduras a más de 400 gramos al día¹⁶.
- Limitar el consumo de sal a 5 gramos al día (1 cucharadita)¹⁷.

- Priorizar el aporte de grasa total de la dieta, a través del consumo fuentes con bajo aporte de grasa saturada como pescados, aguacate, frutos secos y en los aceites de girasol, canola y oliva, así como preferir leche y productos lácteos descremados.
- Si bien las recomendaciones de ingesta proteica para población sana pueden ser cubiertas a través del consumo de proteínas animales (carnes magras, huevo, leche y derivados) y vegetales, si esto no ocurre (situación común en el adulto mayor¹³), se deben buscar estrategias de fortificación nutricional para lograr las metas de ingesta diarias, debido a que el bajo consumo proteico está relacionado con ECNT²⁰.

¡La intervención nutricional: determinante para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles!



Referencias: 15. OMS. Guideline: sugars intake for adults and children; 2015 p. 12. 16. OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. 2002. 17. OMS. Guideline: sodium intake for adults and children. 2012. 18. FAO. Grasas y ácidos grasos en nutrición humana. 2008. 19. ICBF. Educación Alimentaria y Nutricional. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/educacion-alimentaria> 20. López-Jaramillo P, et al. Colomb Med (Cali). 49(2):175-81.

Costo efectividad de la intervención nutricional en la prevención de ECNT

La costo-efectividad de intervenciones en el estilo de vida para prevenir o retrasar la aparición de una ECNT, ha sido descrita. Sin embargo, trasladar esa evidencia en el ámbito real de atención primaria y documentarla, no es común. No obstante, en algunas investigaciones se ha encontrado:

- Posterior a una intervención intensiva para prevención de la diabetes en sujetos con alto riesgo identificado, se determina que, **para prevenir un caso de diabetes se deben invertir 376 euros²¹**.
- La intervención en estilos de vida produce una **ganancia de 3,64 años** de vida ajustados por calidad en los sujetos que no desarrollaron diabetes. Como resultado que por cada año de calidad de vida ganado se deben invertir **4217 USD**, lo que la convierte en una inter-

vención costo efectiva, en comparación con intervenciones farmacológicas donde la inversión reportada es de **10.037 USD¹⁸**.

- Estudios indican que por cada dólar que se invierta en intervención nutricional para la prevención de complicaciones de ECNT, se ocasionan **ahorros entre 3.5 a 5,8 USD, en la atención en salud**.
- La intervención nutricional para el manejo de la dislipidemia, además de mejorar la cifras del perfil lipídico de los pacientes, mostro un **ahorro en uso de medicamentos hasta de 1456 USD por paciente** / por año²³. La gestión clínica empieza en la atención primaria, como ya se ha descrito; el tamizaje temprano y los programas de intervención diseñados para la modificación de estilos de vida basados en la evidencia, muestran buenos resultados en los desenlaces (Figura 1)^{24,25}. Lo anterior constata la importancia del acompañamiento nutricional desde el primer nivel de atención en salud²².

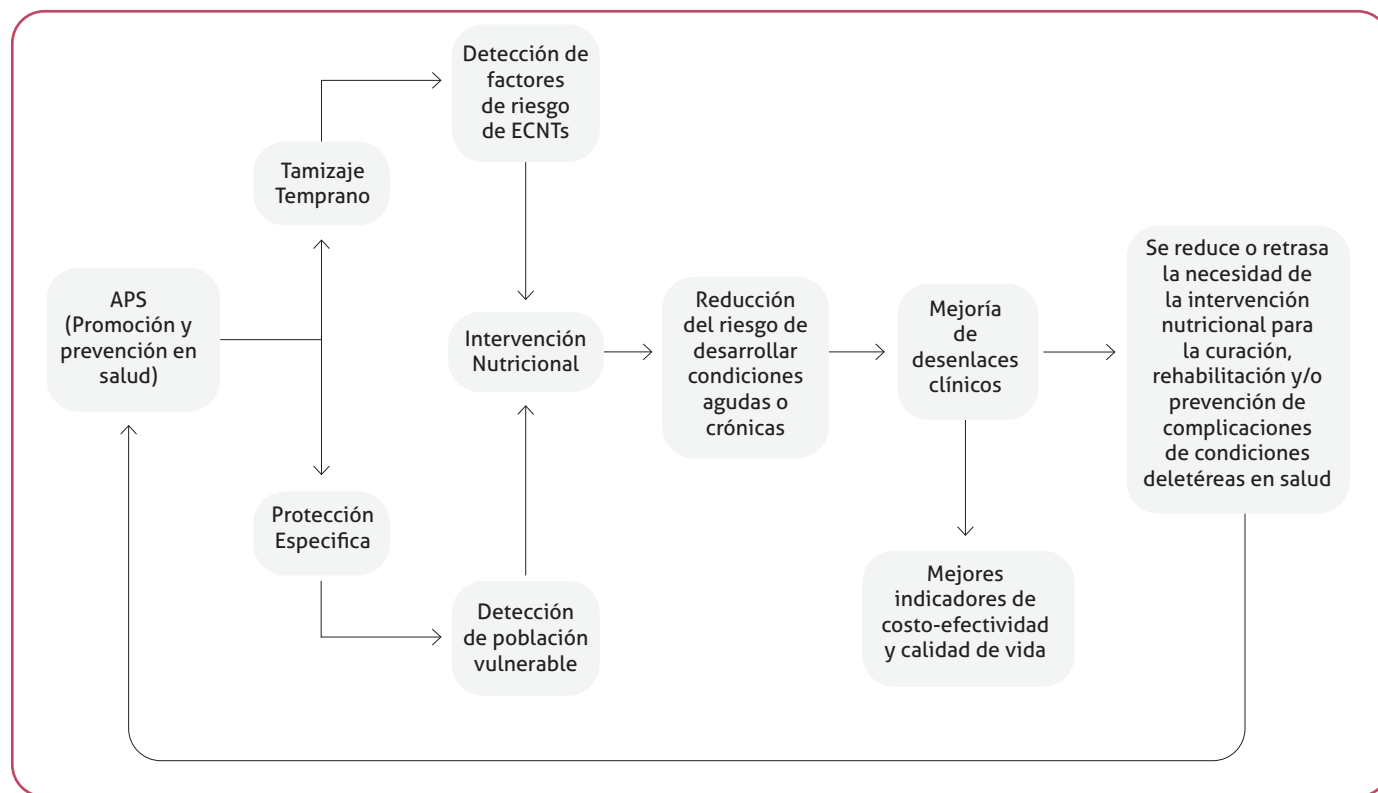
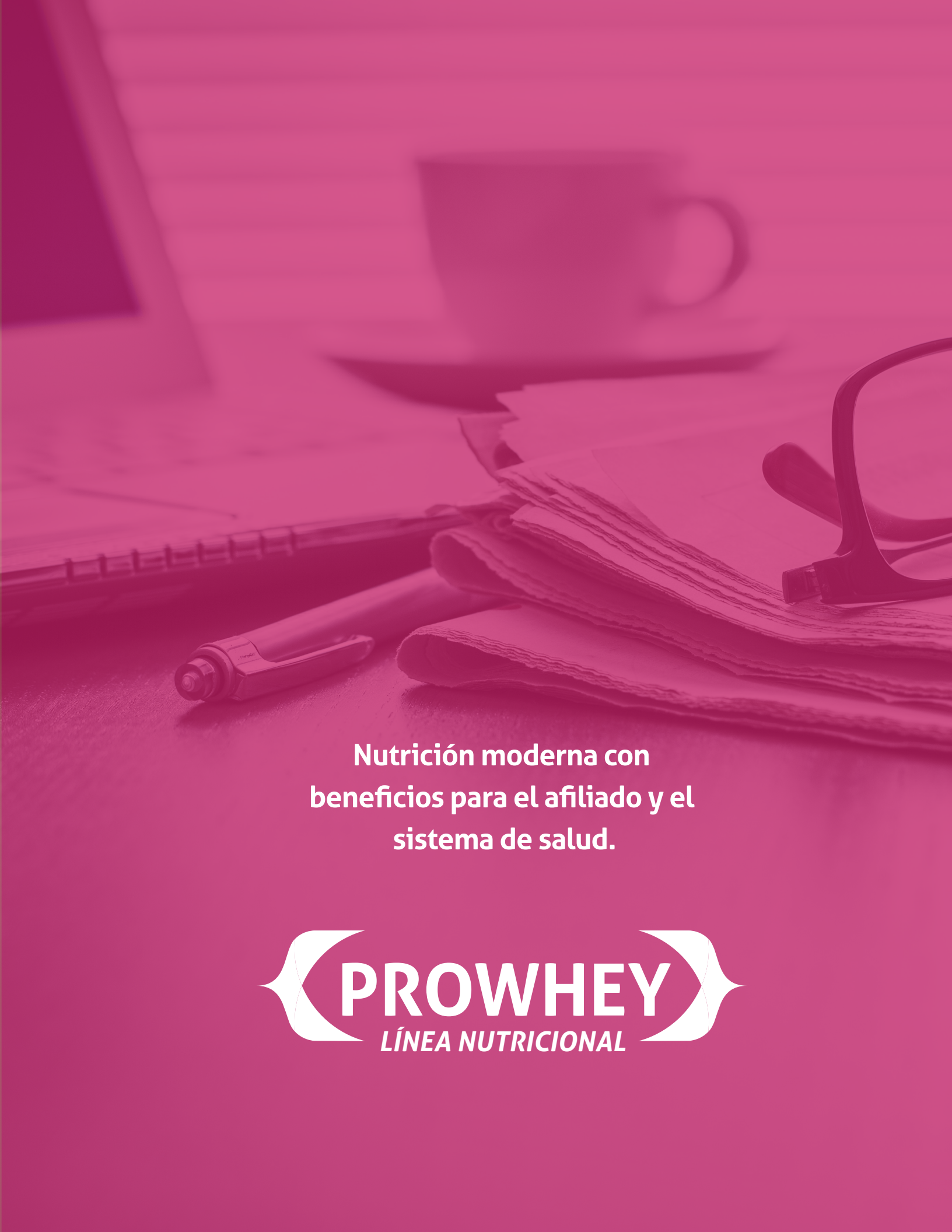


Figura 1. Esquema de interrelación entre la intervención nutricional y la promoción y prevención de la salud.

Referencias: 21. Sagarra R, et al. Revista Clínica Española. marzo de 2014;214(2):59-68. 22. Howatson A, et al. J Prim Health Care. 2015;7(4):324. 23. Bednarczuk B, et al. Roczn Panstw Zakl Hig. 2019;235-41. 24. The DE-PLAN-CAT Research Group, et al. Diabetologia. mayo de 2012;55(5):1319-28. 25. Mitchell LJ, et al. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. diciembre de 2017;117(12):1941-62.



**Nutrición moderna con
beneficios para el afiliado y el
sistema de salud.**

