

Giovedì 02 APRILE 2020

Coronavirus. Dalla Sinpe le Raccomandazioni per il trattamento nutrizionale dei pazienti positivi ricoverati

Le condizioni del paziente con coronavirus preoccupano anche sul fronte della nutrizione. Da qui la decisione della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo di produrre “un documento per “fornire una guida pratica concisa per la gestione nutrizionale dei pazienti con COVID-19” ricoverati in ospedale, in area medica o intensiva/subintensiva. [IL DOCUMENTO](#)

Il paziente positivo per COVID-19 ricoverato in ospedale per polmonite è a rischio di malnutrizione. A lanciare l'allarme è la Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (Sinpe), descrivendo i fattori che conducono a preoccuparsi per il paziente covid19 positivo anche su questo fronte: infiammazione sistemica e aumentato catabolismo proteico, responsabili, assieme all'allettamento, di sarcopenia; aumento del dispendio energetico indotto dalla febbre e dall' accresciuto lavoro ventilatorio; riduzione delle ingestie, per inappetenza, nausea, diarrea in conseguenza della terapia antivirale, antimicrobica e/o interessamento intestinale dell'infezione; età avanzata (circa il 40% dei pazienti ha > 70 anni), con elevata prevalenza di comorbidità (in particolare diabete, malattie cardiovascolari, insufficienza renale cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, demenza).

La prevenzione e il trattamento della malnutrizione sono invece molto importanti nel ridurre le complicanze e migliorare l'outcome clinico nel breve e lungo termine, nei diversi setting di cura ospedaliera (area medica e critica).

“Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (Sinpe) con il suo presidente, professoressa **Michela Zanetti**, ha ravvisato la necessità, - spiega in una nota il dottor **Sergio Riso**, direttore della struttura complessa Scienza dell'alimentazione e dietetica dell'Azienda ospedaliero-universitaria Maggiore della Carità di Novara e vicepresidente Sinpe -, di produrre un documento, basato principalmente ma non esclusivamente sulle recenti raccomandazioni e sulle linee guida della Società Europea di Nutrizione Clinica e Metabolismo (ESPEN), con l'obiettivo di fornire una guida pratica concisa per la gestione nutrizionale dei pazienti con COVID-19”.

Le raccomandazioni fornite riguardano sia i pazienti ricoverati in area medica che quelli in area intensiva/subintensiva. E “poiché la malnutrizione si definisce non solo per la presenza di un basso indice di massa corporea, ma anche per l'incapacità a preservare una corretta composizione corporea e massa muscolare - spiegano gli esperti della Sinpe - anche i soggetti con obesità devono essere sottoposti a screening e indagati con gli stessi criteri”.

AREA INTENSIVA e SUB-INTENSIVA

La Sinpe evidenzia, in particolare come nel paziente critico affetto da SARI (infezione respiratoria acuta grave) un adeguato supporto nutrizionale permette di contrastare i processi infiammatori sostenendo l'immunocompetenza e attraverso la prevenzione della malnutrizione e della sarcopenia favorire le manovre di weaning respiratorio e la riduzione della durata della ventilazione. Ma sottolinea pure come ogni paziente affetto da SARI ricoverato in terapia intensiva da più di 48 ore sia da considerarsi a rischio di malnutrizione.

Il paziente con SARI è esposto inoltre a complicanze settiche e presenta un aumentato rischio di sviluppare quadri di insufficienza renale e cardiovascolare oltre che di insufficienza multiorgano (MOF).

E la gestione della Nutrizione artificiale (NA) nel paziente critico per Covid-19 è particolarmente problematica in quanto va adattata ai principali effetti dell'infezione virale grave:

- Infiammazione sistemica, verosimile ipercatabolismo proteico e probabile aumento del dispendio energetico indotto dalla febbre (sepsi) e dall'accresciuto lavoro ventilatorio, controbilanciato dall'approccio di sedazione profonda (talora con miorioluzione farmacologica) prolungata (una-tre settimane)
- Insufficienza respiratoria severa ipossiémica con edema alveolare ed interstiziopatia
- Volemia efficace relativa e opportuna gestione dell'idratazione in uno stato di imbibizione polmonare
- Iperglicemia da stress con, talora, sofferenza pancreatica
- Sepsì con danno d'organo (spesso selettivo) o MOF
- Shock settico
- Accresciuto rischio di disordine neuro-muscolare con esposizione a ICU-AW (ICU-Acquired weakness)

“Non vanno trascurati - si evidenzia poi nel documento - gli effetti sullo stato nutrizionale e sulla funzione gastro-intestinale ed epatica del supporto ventilatorio (alta-PEEP), dell'immobilità e della terapia (anti-infiammatoria e anti-virale) prolungata”.

Devono essere inoltre valorizzate e note le interazioni tra supporto metabolico-nutrizionale (NE, NP o NE+NP integrativa) e loro componenti quantitative e qualitative rispetto alle funzioni di scambio gassoso e polmonare.

“Con questo scenario - spiega la Sinpe - risulta mandatario impostare una terapia nutrizionale efficace e personalizzata, che tenga conto dei diversi quadri fenotipici della malattia”.

Di seguito le raccomandazioni della Sinpe per la nutrizione nelle diverse fasi di ricovero

Periodo preintubazione

(trattamento tramite cannule nasali-FNC, cannule nasali a flusso elevato-HFNC o ventilazione non invasiva-NIV)

FNC-HFNC - I pazienti che ricevono ossigeno attraverso cannule nasali dal punto di vista clinico sono comunemente considerati in grado di alimentarsi per via orale. Tuttavia, l'apporto calorico e proteico può rimanere inadeguato, determinando malnutrizione e complicanze ad essa correlate. Pertanto è indispensabile procedere a un'adeguata valutazione dell'assunzione di nutrienti e all'aggiunta di ONS (Supplementi nutrizionali orali, ndr) o al passaggio a NE se la via orale risulta insufficiente (<50-60% del fabbisogno).

NIV - Nei pazienti trattati con NIV la NE (nutrizione enterale, ndr) può avere delle limitazioni in quanto il posizionamento del SNG (sondino naso-gastrico, ndr) comporta: 1) perdita d'aria con possibile compromissione dell'efficacia della NIV; 2) dilatazione dello stomaco, con conseguenze sulla funzione diaframmatica e sull'efficacia della NIV. Una scarsa implementazione della NE può provocare uno stato di grave iponutrizione, specialmente nelle prime 48 ore di terapia intensiva, con un rischio maggiore di malnutrizione e complicanze ad essa correlate. La NP (Nutrizione Parenterale, ndr), con supplementazione giornaliera di vitamine e oligoelementi, può quindi essere considerata in queste condizioni.

Dopo intubazione e durante ventilazione meccanica

La progressione verso la piena copertura di fabbisogni nutrizionali deve essere attuata con estrema cautela nei pazienti che richiedono ventilazione meccanica e stabilizzazione. La posizione prona di per sé non rappresenta una limitazione o controindicazione alla NE.

La NE non va iniziata in presenza di shock incontrollato, perfusione tissutale insoddisfacente, instabilità emodinamica, ipossiemia incontrollata potenzialmente letale, ipercapnia o acidosi. La NE può essere avviata a bassa dose non appena lo shock viene controllato con fluidi e vasopressori o inotropi, vigilando sulla comparsa di eventuali segni di ischemia intestinale e in pazienti con ipossiemia stabile, ipercapnia e acidosi compensate o permissive. Dopo stabilizzazione, la NE può essere avviata attraverso SNG a bassa velocità (30-40 ml/h) iniziando con un apporto calorico pari al 30% di quello determinato con calorimetria ed aumentando progressivamente, raggiungendo l'80-100% del fabbisogno dopo il 3° giorno. Nel caso di utilizzo di equazioni predittive si consiglia di mantenere una nutrizione ipocalorica (< 70% del fabbisogno stimato) per 1 settimana, prima di raggiungere il target dell'80-100%. La nutrizione post-pilorica deve essere utilizzata in pazienti con intolleranza gastrica (ristagno gastrico >500 ml/6h) dopo trattamento con procinetici (metoclopramide, eritromicina) o in pazienti ad alto rischio di aspirazione.

Nei pazienti che non tollerano la NE a dose piena durante la prima settimana in terapia intensiva, l'avvio della NP deve essere valutato individualmente. La NP non deve essere avviata fino a quando non siano state messe in atto tutte le strategie per massimizzare la tolleranza alla NE. Formule per NP arricchite in omega 3 come parziale fonte lipidica possono essere utilizzate.

In fase precoce va monitorato e limitato l'apporto idrico. L'utilizzo di miscele contenenti acidi grassi omega 3 può essere associato a un miglioramento dei valori di ossigenazione ma al momento non sono disponibili evidenze solide in questo specifico contesto.

Periodo post ventilazione meccanica e disfagia

I pazienti estubati presentano un'elevata incidenza di disfagia che può prolungarsi anche per settimane e che limita significativamente l'assunzione di nutrienti orali, oltretutto in un periodo di miglioramento generale delle condizioni cliniche. Pertanto è raccomandabile una precoce valutazione della funzione deglutitoria associata alla modifica delle consistenze degli alimenti. Se l'alimentazione spontanea permane poco sicura con elevato rischio di aspirazione può essere indicata una NE tramite SNG.