

SERIE DE PODCASTS SOBRE NUTRICIÓN E INMUNIDAD

UN ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES SCCM/ASPEN SOBRE EL COVID-19

Presentando a :: Stephen McClave, Doctor en Medicina

TRANSCRIPCIÓN

Maura: Estamos grabando este episodio de podcast el 15 de abril de 2020, un día en el que, según la Organización Mundial de la Salud, el número de casos confirmados de Covid-19 se acerca a los 2 millones a nivel mundial. Hay más de 100 000 muertes confirmadas y más de 200 países, áreas o territorios con pacientes confirmados de Covid-19. Estos números continuarán aumentando hasta que se apruebe y se disponga una vacuna de distribución mundial. Mientras tanto, el camino hacia la respuesta ante el Covid-19 continúa siendo una combinación de toma de decisiones científica basada en datos, un riguroso ingenio, solidaridad y resiliencia.

Maura: Entonces, hablemos hoy sobre esta ciencia basada en datos, especialmente en como se relaciona con los pacientes en todo el mundo que sufren los casos más extremos de esta infección viral. Soy Maura Bowen, transmitiendo este podcast para el Abbott Nutrition Health Institute, y hoy me acompaña el Dr. Stephen McClave, quien se dispone a revisar la guía SCCM/ASPEN sobre terapia nutricional para pacientes con Covid en la UCI.

Maura: el Dr McClave es Profesor de Medicina, de la División de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Louisville, en Louisville, Kentucky.

Maura: Dr McClave, bienvenido.

Dr. McClave: Hola Maura. Me alegra ser parte de este podcast. Esta que estamos viviendo es una pandemia increíble. Necesitamos compartir y difundir información a medida que llega y asegurarnos de comprender cómo esta pandemia impacta en el manejo nutricional de nuestros pacientes.

Maura: Estoy totalmente de acuerdo, y estamos muy contentos de que estés aquí. Una nota rápida que quiero señalar para nuestros oyentes, y es que esta grabación de podcast puede tener un sonido más bajo del que están acostumbrados a escuchar. Eso es en aras de mantener el distanciamiento social. El Dr. McClave y yo estamos conectando por teléfono para la discusión de hoy, en lugar de estar sentados en el estudio.

Maura: Dr McClave, antes de comenzar, ¿podría hablarnos un poco sobre usted, su rol actual, y que lo trajo hacia esta área de interés en su carrera?

Dr McClave: Soy gastroenterólogo en Louisville, Kentucky, y siempre he tenido un interés profesional por la nutrición durante los cuidados intensivos en lo que respecta a la respuesta fisiológica a la alimentación enteral temprana, en lograr técnicas de acceso enteral y tolerancia a la alimentación enteral. He estado muy involucrado en las pautas sobre calorimetría indirecta.

Dr McClave: Esta experiencia con el Covid se ha producido de forma abrupta. Hace tres semanas, y ya hablaremos de eso en un minuto, eramos básicamente un grupo de profesionales que habíamos trabajado antes en las pautas para ASPEN y SCCM, y de repente todos nos dimos cuenta de que necesitábamos recomendaciones para la terapia nutricional. Y eso nos unió en una secuencia muy rápida de eventos que compartiré con ustedes.
para escuchar esta grabación, así como también los otros episodios de esta serie.

Maura: Genial, gracias. A nivel mundial y aquí en los EE. UU., Las unidades de cuidados intensivos (UCI) se han visto abrumadas con pacientes con el síndrome respiratorio agudo severo, la insuficiencia respiratoria inducida por el coronavirus 2 (SARS-CoV-2) que conduce a la enfermedad del COVID-19. Si hay algo que estamos tratando de explicar en esta serie de podcast, es que el procedimiento de nutrición durante los cuidados intensivos es una parte integral de la atención de estos pacientes.

Maura: Bien. A principios de este mes, la Sociedad de Medicina de Cuidados Intensivos, que es SCCM por sus siglas en inglés, y la Sociedad Estadounidense de Nutrición Parenteral y Enteral, que es ASPEN por sus siglas en inglés, publicaron principios rectores y recomendaciones para la atención nutricional de estos pacientes. Y esa guía se presenta en una publicación llamada "Terapia de nutrición en el paciente con la enfermedad del COVID-19 que requiere atención en la UCI". La cual fue actualizada el 1 de abril de este año. Y, como mencionó, usted es uno de los autores de estas recomendaciones. Es genial poder ir directamente a la fuente y preguntar: ¿Cómo llegaron SCCM, ASPEN y otros autores expertos a estas recomendaciones?

Dr McClave: Este fue un proceso muy rápido que comenzó en la última semana de marzo, el jueves y viernes 19 y 20 de marzo. La SCCM publicó las directrices de la campaña de supervivencia a la sepsis para el manejo del paciente con Covid-19, que Taylor, una de nuestras magníficas dietistas de ASPEN, una RD, PhD, que también fue parte de la mesa de expertos de SCCM, estaba en proceso de revisar y notó que no había nada sobre el manejo nutricional del paciente. Ella contactó a la mesa de expertos; y ellos dijeron: "Oh, sí, necesitamos recomendaciones para el manejo nutricional". La SCCM ha sido muy buena al publicar las recomendaciones en su sitio web. Esta fue una respuesta muy rápida; ellos querían obtener información sobre el manejo del ECMO, y del tratamiento disponible durante la terapia con ventilador. Entonces se dieron cuenta de que había una zona gris que necesitaban cubrir.

Dr McClave: El viernes, Beth contactó con grupo de nosotros que había trabajado en las pautas de Aspen en 2016 2009. Bob Martindale y yo; También contactamos a Jay Patel y a Milwaukee, y a Melissa Warren, una dietista que trabajó con Bob. Ella dijo: "Tenemos un conjunto de recomendaciones". Y así, durante un proceso de cuatro días, elaboramos un manuscrito inicial, y luego, durante los siguientes seis días, dos juntas de expertos junto con las de la SCCM y ASPEN revisaron exhaustivamente este documento. Y al final de los 10 días, el 30 de marzo, teníamos un manuscrito que fue aprobado por las tres mesas de expertos en su conjunto. Fue publicado en línea el 1 de abril.

Dr McClave: Fue interesante que pidieran recomendaciones específicas sobre el Covid. Nuestra primera respuesta fue: "Espera un minuto. No hay datos. Estamos en medio de esta pandemia, es demasiado pronto". Entonces dijimos: "Lo que vamos a hacer es comenzar con los principios básicos de la nutrición durante los cuidados intensivos y modificarlos en función de las limitaciones que presenta proceso de esta enfermedad". Entonces, en lugar de las recomendaciones específicas para el Covid, estas son recomendaciones relevantes para el Covid. Esa es una diferencia muy importante. Y la otra diferente importante es que estas no son directrices. Las directrices designan un proceso muy bien definido en el que se revisa la literatura, se califica la calidad de la evidencia presente en la literatura, un comité arma el manuscrito y luego es revisado por revisores externos, así como por las mesas de expertos. Entonces, estas no son directrices, son solo recomendaciones que se basan en la información que tenemos en este momento.

Maura: Eso suena realmente como un proceso dinámico, y verdaderamente impresionante para lograr reunir algo tan rápidamente, en especial algo de esta magnitud. Y los médicos están ansiosos por obtener esta información. Estamos agradecidos de que usted y el equipo hayan podido reunir esta guía tan rápidamente.

Maura: ¿Puede decirnos qué diferencias ve entre los pacientes de Covid-19 y otros pacientes de cuidados intensivos?

Dr McClave: Esta pandemia es una locura porque es un virus al que los humanos nunca hemos estado expuestos, por lo que no tenemos inmunidad. Las estimaciones mundiales ahora sugieren que, al final de esta epidemia, el 50% al 60% del mundo estará infectado por este virus. No es tan grave como algunos de los otros virus relacionados con los coronavirus que hemos visto en el pasado. La tasa de mortalidad por SARS en 2002 fue del 14%; la mortalidad por MERS, una versión de Oriente Medio de este síndrome respiratorio en 2012, fue del 35%. La mortalidad general de la pandemia de Covid-19 es aproximadamente del 4%. La gran mayoría de los pacientes son asintomáticos. Entonces, si se comienza con el 100% de los pacientes, el 80% son leves. El 50% de ese 100% son asintomáticos: Ellos ni siquiera saben que la tienen. Otro 30% siente que tiene gripe pero puede quedarse en casa. Y luego tienes alrededor del 20% que terminan en el hospital. Del 100% original, el 5% termina en la UCI, y probablemente 3/4 de esos pacientes terminan en el ventilador. Una cuarta parte de ese 5% está en rápido deterioro. Entonces esta es una enfermedad de alto espectro.

Dr McClave: Para mí, esta pandemia ha puesto de manifiesto el valor de la salud pública. Yo sabía que era importante en el pasado, pero no tenía idea de cuán importante era hasta que llegamos a esta pandemia. Las pruebas adecuadas han sido un problema en todo el proceso. Tenemos que saber quién la tiene, quién no, quién es ahora inmune, y eso no lo sabemos. Dependemos en gran medida de estos funcionarios de salud pública. Nunca fui consciente del aislamiento social.

Dr McClave: Esta enfermedad tiene un largo período de incubación e infectividad antes de que el paciente sepa que lo tiene. Por lo tanto, si uno resulta expuesto a ella, pueden pasar un par de días antes de infectarse, y pueden pasar de 8 a 10 días en los que está diseminando el virus antes de que realmente se vuelva sintomático.

Dr McClave: Con esta pandemia tenemos esta pérdida personal. Pérdida de empleo, pérdida de libertades personales, le estamos diciendo a la gente que no pueden ir a la iglesia. Hay un epidemiólogo en Chicago que hizo el comentario: "Los sanos y los optimistas condenan a los vulnerables". Entonces, si estamos sanos, no sabemos que tenemos esto, pero lo que estamos propagándolo, las personas que más sufren son los pacientes mayores, obesos, diabéticos y que tienen comorbilidades, y a ellos no les irá bien con este virus.

Dr McClave: Lo último, Maura, y esto es lo difícil, es saber dónde estás ubicado como institución en la curva. ¿Estás en el medio de esa oleada agresiva, como en Nueva York, donde es como una zona de guerra? O se parece más al lugar donde estamos, aquí en Louisville, o en Milwaukee, Wisconsin, en el que se puede ver un aumento en el número de casos, pero tal vez menos de 20 a 30 en nuestras UCI, la mitad de las cuales son de ventilación mecánica, en las cuales este aumento es bastante manejable. Por lo tanto, el lugar en el que uno se encuentre durante este aumento afecta los suministros de los que se dispone, ya sea que se tengan bombas, que tan desesperadamente se necesiten ventiladores y máquinas de diálisis. Así que todo esto representa un objetivo cambiante, y es difícil para nosotros como nutricionistas saber cuál es nuestro lugar en nuestro hospital.

Maura: Creo que esto último que ha dicho nos lleva a esta pregunta: ¿cómo afecta la infectividad y la transmisión de la enfermedad al cuidado de estos pacientes?

Dr McClave: Esa es la parte en donde se vuelve complicado para los nutricionistas que no están acostumbrados a lidiar con enfermedades infecciosas, es difícil para nosotros. Los CDC y la Organización Mundial de la Salud dicen que hay tres aspectos importantes de los que debemos preocuparnos en este asunto de la infectividad.

Dr McClave: Uno es la atención grupal. Esto significa que no es deseable ir a la habitación de un paciente con más frecuencia de la que se necesita. Y así, cuando entras, agrupas todas tus cosas; tus medicamentos, tu succión, reposicionas al paciente, monitoreas las sondas de alimentación ... agrupas esa atención. Y si está en la sala común, puedes ingresar al comienzo del turno, a la mitad del turno y al final de un turno de 12 horas. Pero tendrás que

entrar con más frecuencia si el paciente está en la UCI.

Dr McClave: Número dos, recomiendan minimizar la exposición a los pacientes de Covid, lo que significa que no puedes simplemente ir a verlos porque son tus pacientes y están en tu lista diaria de pacientes. Si no eres esencial, entonces no necesitas ir a la habitación, ya que puedes infectar a los trabajadores de la salud, puedes llevarte la enfermedad a casa, a tu familia o a otras personas de la comunidad.

Dr McClave: Y, finalmente, tenemos que preservar el uso de los equipos de protección personal. Estas mascarillas de las que todo el mundo ha hablado. Existe escasez. Estamos a una semana de quedarnos sin batas amarillas, aquí en Louisville, y ni siquiera hemos llegado al pico de aumento. Para de esa forma, cuidar el equipo de protección personal o a los trabajadores de la salud.

Maura: Hablemos ahora de las directrices de SCCM/ASPEN. Las cuales incluyen ocho recomendaciones que abordan el momento, la ruta y el monitoreo de la terapia nutricional basándose en la mejor evidencia disponible, pero también teniendo en cuenta los principios rectores clave relacionados con el proceso de la enfermedad del COVID-19. Primero, comencemos con la segunda recomendación: el momento de proporcionar la nutrición. ¿Por qué el momento de proporcionar nutrición es tan importante para estos pacientes y cuál es la recomendación de SCCM/ASPEN?

Dr McClave: Esto es, nuevamente, nutrición básica para los cuidados intensivos. Así que este es el cuidado relacionado al Covid-19. Lo primero que dijimos cuando nos planteamos como grupo fue, ¿qué es lo más importante que podemos hacer por estos pacientes? Y la respuesta fue la de proporcionar alimentación enteral temprana para así bañar la mucosa intestinal con fórmula enteral. ¿De qué tan temprano estamos hablando? Bueno, arbitrariamente dentro de las 24 a 36 horas posteriores a la admisión a la UCI, o dentro de las 12 horas posteriores a la intubación y colocación de ese largo tubo nasogástrico o gástrico.

Dr McClave: Curiosamente, las recomendaciones de ESPEN que se han publicado en las últimas dos semanas dicen lo mismo, comenzar la nutrición enteral temprano e intentar alcanzar un objetivo al final de una semana.

Dr McClave: La cuestión clave aquí es la respuesta fisiológica a la nutrición enteral. Es por ello que el momento es importante. Recuerde que el intestino es el órgano inmunitario más grande del cuerpo, tiene el mayor volumen de tejido inmunitario. También tiene la mayor carga microbiana en el cuerpo. Hay bacterias en otros lugares. Pero el intestino tiene la mayor cantidad. Y de esa forma, se puede considerar al intestino como un acelerador. Entramos con esta enfermedad del Covid, ya estás inflamado y el intestino puede afectar esa respuesta a esta enfermedad crítica, lo que significa que tenemos la oportunidad de modular esa respuesta a través del intestino. Si podemos introducir nutrición enteral, eso nos ayuda a mantener las defensas de barrera, la respuesta inmune adecuada es la tolerancia inmune, apoyamos a la microbiota comensal. Ahora, eso suena increíblemente ingenuo cuando se habla de pacientes que están tan enfermos. Pero la clave es que si no somos capaces de proporcionar nutrición enteral, perdemos la oportunidad de tratar a estos pacientes a través del intestino y, en su lugar, obtendríamos disbiosis, una respuesta inmunitaria adversa.

Maura: Eso nos lleva a la siguiente recomendación, la recomendación 3, aborda la ruta, la colocación del tubo y el método de suministro de la nutrición. ¿Puede explicarnos los puntos principales de esta recomendación, incluyendo el por qué se prefiere la nutrición enteral a la nutrición parenteral, y también por qué se recomienda encarecidamente la alimentación enteral continua en lugar de la alimentación enteral por bolos?

Dr McClave: La alimentación enteral es preferible a la nutrición parenteral debido a la respuesta fisiológica de la que hablamos hace un minuto. Las pautas ESPEN están de acuerdo con esto; las pautas ESPEN para el Covid 19, así como las pautas ESPEN para cuidados intensivos que se publicaron en 2018. Todo el mundo dice: "Comienza en el estómago". Este es el primer paso. Y, por lo general, lo que sucede con estos pacientes que están realmente enfermos y que deben ser intubados, es que son intubados por intubadores de primer nivel, los intuban (por el tubo

traqueal) hacia los pulmones, colocan un tubo nasogástrico o gástrico, colocan una línea central, preferiblemente no en IGA, no en el subclavio, ellos utilizan líneas seleccionadas ya que no quieren que la línea central esté justo allí en la cabeza y el cuello, donde está ocurriendo toda la transmisión de gotas. Y todo esto sucede a la vez. Así que por lo general, tenemos un tubo grande en el estómago por el que podemos alimentar. Si hay evidencia de poca tolerancia a la alimentación gástrica, el siguiente paso serían los agentes procinéticos, y luego el siguiente paso sería cambiar a la colocación de tubos pilóricos.

Dr McClave: La recomendación de una alimentación continua en vez de una alimentación por bolo, se basa nuevamente en reducir la exposición del equipo de atención médica a una posible contaminación. Disminuye la frecuencia con la que el equipo de atención médica tiene que interactuar con el paciente. Las pautas ESPEN para 2018 muestran que hay menos diarrea con la alimentación continua. Ese no es un gran problema, pero principalmente la alimentación por bolo intermitente requeriría que la enfermera ingrese a intervalos periódicos y aplique alguna fórmula y luego salga.

Dr McClave: Habiendo dicho esto, en una escalada como la de Nueva York, donde se están quedando sin suministros, adivina qué, se quedaron sin bombas. No tenían suficientes bombas para proporcionar infusión continua. Entonces, en este escenario, probablemente se aplicaría drenaje por gravedad, y solo si no tienen las bolsas, porque algunas instituciones se quedaron sin bolsas, se cambiaría a una alimentación por bolo.

Dr. McClave: Algo positivo es la garantía de que la alimentación por bolo está bien. Recomendamos la alimentación continua, pero en ausencia de bombas, si hay escasez de bolsas de gravedad, el bolo es seguro en estos pacientes. Pero por último, y esto es muy importante, creemos que en estas recomendaciones de SCCM y ASPEN, enfatizamos que el umbral para abandonar la alimentación enteral e ir a la nutrición parenteral debería ser menor.

Maura: Pasemos a la recomendación 5 sobre la selección de fórmulas. ¿Qué tipo de fórmula enteral deberían proporcionar los médicos a sus pacientes con COVID-19 en la UCI? ¿Y también puede hablar de estrategias para la intolerancia gastrointestinal en estos pacientes?

Dr McClave: Nuevamente, esta es una nutrición de cuidados intensivos bastante sencilla. Recomendaciones relevantes para el Covid. Y al igual que nuestras pautas en 2016, recomendamos una fórmula isosmótica polimérica estándar alta en proteínas, al menos de un 20% de proteína o más. Los pacientes en estado crítico deben obtener fibra, y Europa, ESPEN, dice que necesitan una cantidad de fibra igual a la de una persona normal y saludable, que es 5 g por kilogramo al día. Nosotros aún sostenemos en estas recomendaciones para los pacientes de Covid-19 que nos preocupa administrar fibra desde temprano, cuando están en shock séptico, en terapia presora, hay una disfunción gastrointestinal significativa. Por lo tanto, es deseable no administrar fibra, al menos una fibra insoluble, temprano en el tratamiento. Pero si es deseable volver a agregarla tan pronto como estén más estables.

Dr McClave: Y finalmente, ¿de qué hablamos cuando decimos intolerancia gastrointestinal? No es deseable utilizar volúmenes gástricos residuales. Si tu institución ha estado luchando por deshacerse de los volúmenes gástricos residuales, la pandemia de Covid es una oportunidad de hacerlo. Ahora es el momento de eliminar este indicador, el cual ha sido un indicador horrible de vaciado gástrico y aspiración durante tres décadas. Pero lo que hace en los casos de Covid-19 es que aumenta la frecuencia de interacción entre el personal de atención médica y ese paciente.

Maura: Algunos pacientes con COVID-19 tienen que estar en posición decúbito prono para mejorar la oxigenación y los resultados con el ventilador. En términos de las recomendaciones de SCCM/ASPEN, la recomendación 7 toca específicamente el tema de la nutrición para el paciente sometido al posicionamiento decúbito prono. ¿Cuáles son los elementos clave de esta recomendación?

Dr McClave: Lo que es diferente de estos pacientes de Covid-19 es que entran, y uno piensa, oh, es solo otro paciente con SDRA. Pero son bastante fáciles de ventilar, y lo que tienen es esta hipoxemia horrible, severa e inexplicable. Y como mencioné anteriormente, tiene que ver con el desbalance entre la perfusión y la ventilación.

Pero este desbalance está más del lado de la perfusión. El manejo de esta hipoxemia inexplicable es el de intubar temprano y dejar al paciente intubado por más tiempo. Bueno, algunos de estos pacientes no responden lo suficientemente bien, incluso a la ventilación mecánica temprana y prolongada. Y si la hipoxemia continúa, es entonces cuando se debe pasar al siguiente paso, que es colocar al paciente en posición decúbito prono ya que ayuda a oxigenar los pulmones. Si pudiéramos ver una tomografía computarizada, cuando uno se acuesta boca arriba, el líquido tiende a acumularse en los pulmones, tienen estas secreciones espesas que no pueden eliminar, y la mecánica del pulmón, la caja del pulmón, es tal que simplemente no pueden ventilar fácilmente. Al colocarlos en posición decúbito prono, los vuelcas boca abajo y pueden eliminar las secreciones bronquiales mucho mejor. La mecánica de la expansión pulmonar, el espacio en el pecho que los pulmones pueden expandir, lo que facilita la ventilación.

Dr McClave: Lo que resulta increíble es que, cuando están en la posición decúbito prono, todos están preocupados por la aspiración. Pero esta se tolera muy bien. Recomendamos que se aumente la altura de la cabecera de la cama, colocando la cabecera de la cama más arriba e inclinando la cama, de 10 a 25 grados. Los estudios retrospectivos, pequeños ensayos controlados aleatorios (ECA), mostraron que sorprendentemente se podía alimentar el estómago y que la tolerancia era buena sin aumentar los casos de aspiración o neumonía asociada al ventilador.

Dr. McClave: El ECMO es el siguiente paso después de colocar al paciente en posición decúbito prono. Ya están en ventilación mecánica, la posición decúbito prono y la ventilación mecánica no están funcionando, y el ECMO es un tratamiento que casi actúa como una máquina de diálisis o una máquina de bypass cardiopulmonar. Esta saca la sangre del cuerpo, la oxigena y la devuelve.

Maura: Las recomendaciones también incluyen algunas "Lecciones aprendidas en el campo" que incluyen consejos prácticos y clínicos para el cuidado de estos pacientes. ¿Puede compartir con nosotros algunas de estas lecciones? ¿Y también lo que ha experimentado en su propia atención clínica de pacientes durante esta pandemia?

Dr. McClave: Una de las cosas interesantes es que los CMS o Medicare, el grupo gubernamental que decide lo que van a reembolsar y lo que van a restringir el reembolso, ya reconoció que estamos tratando de reducir la exposición de los proveedores de atención médica. Y así comienzan a levantar las restricciones y a ampliar la cobertura. El proceso al que se refieren es la telemedicina. La idea es que sea un proceso ambulatorio y esto afectaría a los dietistas que manejan pacientes diabéticos o pacientes enterales o parenterales en el hogar, que puede atenderlos por teléfono, ya sea solo por audio, eso significa una llamada telefónica o de forma audiovisual, donde usa Zoom, Skype o Bluejeans, o una de estas cosas donde realmente puedes ver a los pacientes y ellos pueden verte a ti. Hace solo dos días tuve mi primera clínica por telemedicina. [risas] ¡Fue un absoluto desastre! Mi primer paciente tenía más de 80 años. Empezamos la conversación telefónica con un "le acabamos de enviar el correo electrónico. Solo haga clic en ese enlace." Luego hubo una pausa, y ella pregunta, "¿Qué es un enlace?" Le dije: "Bien, olvídalo, solo vamos a hablar por teléfono". El siguiente paciente, 78 años, lo mismo.

Dr. McClave: Es interesante lo que hacemos en cuanto a cargas, y esto es algo de lo que se tiene que hablar. Si se va a designar un nivel cuatro o cinco, si estás haciendo telemedicina sin examen físico, entonces solo retrocedes un nivel de carga. En la UCI, podrías describir los encuentros cara a cara con un paciente a través de la puerta y simplemente decir que el examen físico se ha aplazado. Así que, estas son algunas de las lecciones que hemos aprendido del campo.

Maura: Dadas las órdenes actuales de quedarse en casa en todo el mundo, ¿cómo afecta esto la educación para los profesionales de la salud y la necesidad de aprendizaje a distancia? ¿Cómo podemos educar mejor a los profesionales de la salud sobre estas nuevas recomendaciones?

Dr. McClave: Esta es una pregunta muy importante, y creo que todos los nutricionistas debemos comenzar por conocer las tendencias nacionales, estatales y locales. En Kentucky, estoy increíblemente orgulloso de nuestro gobernador. El se reúne con nosotros a las 5 en punto todos los días, nos pone al día sobre dónde estamos parados,

qué están haciendo para corregir las anomalías, responde preguntas y dice al día siguiente: "Esto es lo que hemos hecho para responder a ese problema ". Es muy útil como estado saber lo que está sucediendo.

Dr McClave: Y luego están las tendencias institucionales. Todos los miércoles por la mañana a las 7 de la mañana, tenemos noticias de nuestro jefe de personal en nuestro hospital universitario. Él nos dice: "Bien, ahora estamos restringidos a un visitante; tenemos una restricción total de no visitantes; nos vamos a quedar sin batas amarillas en cinco días; estamos obteniendo ventiladores de este proveedor". Nos indica dónde estamos parados en esta escalada, cómo estamos respondiendo a los cambios que deben hacerse.

Dr McClave: En cuanto a cómo educarse en Covid-19, gracias a Dios por la era de Internet y la tecnología informática, porque hay una variedad de fuentes en línea reputadas que podemos usar para educarnos. Podcasts como el que estamos haciendo hoy; han habido algunos seminarios web fabulosos a los que ya he asistido; y seminarios web específicos de la sociedad (ASPEN, SCCM). Yo hice un seminario web, los líderes de ESPEN participan en seminarios web...Hay recomendaciones de subespecialidades o especialidades en línea y en seminarios web.

Maura: Dr. McClave, estas son excelentes ideas. Apreciamos todo lo que está haciendo para ayudar a crear conciencia sobre el importante papel que juega la nutrición en el tratamiento de pacientes con este virus. Y, por cierto, sus comentarios sobre la educación a distancia son el ejemplo perfecto para mencionar que se unirá a ANHI nuevamente el 23 de abril para un seminario web: Atención nutricional del paciente con Covid-19: Orientación y estrategias para que los médicos optimicen la atención en la UCI. Estimados oyentes, si desean asistir a este seminario web, visite anhi.org, haga clic en el enlace EDUCACIÓN en la parte superior de la página de inicio y regístrese para este y cualquiera de los otros seminarios web que estamos planificando.

Maura: Y, si está esperando más episodios de podcast sobre nutrición e inmunidad, no se preocupe, estamos desarrollando una serie de episodios adicionales para ayudarlo, incluidos los dos episodios que publicamos el 2 de abril con el Dr. Nicolaas Deutz, y uno que publicamos el 14 de abril con el Dr. David Evans y el Dr. Paul Wischmeyer. Puede encontrar estas grabaciones en anhi.org haciendo clic en "RECURSOS" y luego en "PODCASTS & VIDEOS" en la parte superior de la página. No se pierda un episodio, Hágase hoy mismo miembro de anhi.org haciendo clic en "REGISTRARSE" en la parte superior de nuestra página de inicio para recibir actualizaciones periódicas de noticias sobre la ciencia de la nutrición de parte de nuestro equipo. O siga al Abbott Nutrition Health Institute en LinkedIn.

Maura: Finalmente, nuestro sitio web, anhi.org, tiene una serie de recursos imprimibles relacionados con este tema, por ejemplo, infografías sobre nutrición e inmunidad, deshidratación y por qué es importante mantener el músculo. Puede encontrar estos recursos en anhi.org haciendo clic en "RECURSOS" y "MATERIALES IMPRIMIBLES".

Maura: Gracias a todos. ¡Manténganse sanos y seguros!