

SOPORTE NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

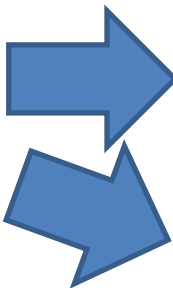
Lic. Nut Victoria Miqueiro M.Sc

15 de Agosto 2016

EFECTO DE LA EII EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL METABOLISMO

- **MALNUTRICIÓN**
- **Pérdida de peso e hipoalbuminemia: 75 %**
- Anemia
- **Deficiencias vitamínicas: vit D y vit B12**
- Elementos traza
- **Pérdidas de masa muscular y grasa > Crohn que en CUC.**

Etiología de la desnutrición

- Asociada a síntomas  Anorexia
Dolor
- **Disminución de la ingesta:** Dietas restrictivas
- Menor incidencia: Aumento del gasto energético en la fase activa.



Deficiencias nutricionales en la EII


DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	FRECUENCIA EN EC (%)	FRECUENCIA EN CUC
Pérdida de peso	65-75	18-62
Hipoalbuminemia	25-80	25-50
Pérdidas intestinales de pt	75	+
Balance nitrogenado negativo	69	+
Anemia	60-80	66
Deficiencia de Fe	39	81
Deficiencia de Vtt B12	48	5
Deficiencia de ác. fólico	54	36
Deficiencia de calcio	13	+
Deficiencia de Magnesio	14-33	+
Deficiencia de potasio	6-20	+
Deficiencia de vit A	11	No hay reporte
Deficiencia de Vit. B1	+	No hay reporte
Deficiencia de Vit C	+	No hay reporte

Tratamiento y prevención de la desnutrición



- **Evaluación del estado nutricional de forma regular**
- **Incluyendo déficit de micronutrientes**
- **Fístulas e intestino corto requieren el monitoreo de otros parámetros.**



- **Monitoreo de la ingesta:** no basta con preguntarle si “come normal”
- Realizar una **historia dietética exhaustiva**
- **Registro dietético prospectivo**  estimación adecuada de la ingesta de alimentos.



Monitoreo nutricional en EI

Parámetro	Cuando?
Estatura	En cada visita en niños 2-3 veces al año
Peso corporal	Cada visita
Diario de dieta	Cada visita
Hemoglobina, eritrocitos	Cada visita
Albúmina	En fase activa cada 14 días En remisión 1-2 veces por año
Ferritina	Fase activa – semanal En remisión: anual
Vit D/Ca/ densidad ósea	En cada fase activa En remisión: anual
Vit B12	En pacientes con enfermedad ó resección de íleon terminal y durante el tratamiento con Sulfazalacina
Elementos traza	A demanda clínica

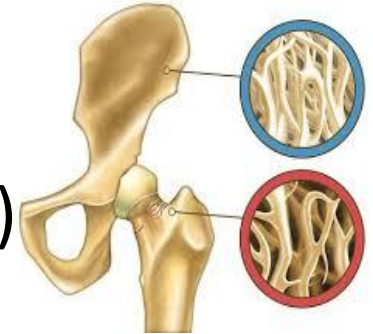
Deficiencias de Micronutrientes

- **Fe:** hemoglobina **<10 g/dl**, suplementación oral. Si no tiene éxito, transfusión intravenosa de 200-400 mg de Fe.

(dividido en 2—4 transfusiones).

- **Vit D y Ca: menor densidad ósea**

(aumenta el riesgo con el uso de esteroides)



- **Vit B12 y Ac. Fólico:** principalmente en ptes con **resección o enfermedad en el íleon terminal** y durante la terapia con sulfasalazina que inhibe la absorción.



DIETA CONVENCIONAL EN LA EII

OBJETIVO PRINCIPAL:

- **Prevenir y corregir la desnutrición**
- **Prescripción dieta lo más libre y variada posible,**
- Sin empeorar y si es posible, **mejorando los síntomas de la enfermedad**

(dolor abdominal, diarrea, etc)



- En la actualidad **no** se dispone de **evidencias** suficientemente convincentes que **incriminen** a **ningún alimento** en el **desencadenamiento**, la **perpetuación** o el **empeoramiento** de la actividad inflamatoria en la **EII**.



- Objetivo de **prevenir los déficits nutricionales**, los pacientes con **colitis ulcerosa** o enfermedad de **Crohn en brote** deberían **evitar sólo aquellos alimentos** que de **forma reiterada y sistemática aumenten sus síntomas**.



Alimentos dudosos

- Lácteos
- Fibra



Lácteos

- **No existe ningún fundamento científico para prohibir el consumo de productos lácteos a los pacientes con CUC y EC, por el mero hecho de padecer estas enfermedades.**



- Que se sepa **ningún componente** de la **leche** es capaz de **favorecer** la **inflamación intestinal**, desencadenar un brote, y mucho menos, causar la enfermedad.
- Los **lácteos** son la principal **fuentes** de **calcio** para prevenir la **osteopenia** de estos pacientes.



- Solo se debe **limitar** el consumo de **leche** **durante** los **brotos** si éste clara y reiteradamente aumenta su **diarrea**.

- Pacientes que no toleran leche pueden **tolerar derivados lácteos** como el **yogur** y los **quesos**
- **Lácteos enteros** **no** es necesario sustituirlos por **descremados** o **semidescremados**



Fibra

- **Durante los brotes** de EI es aconsejable hacer una **dieta pobre en residuos**, particularmente en pacientes con formas estenosantes de enfermedad de Crohn, o en brotes de colitis ulcerosa grave o extensa.
- Esto implica **eliminar** de la dieta la **fibra insoluble** (alimentos integrales, salvado de trigo, avena, frutos secos, semillas, tallos)



- **Fibra soluble:** contenida en **frutas** y **leguminosas** debe **limitarse** si produce **molestias** y en función de la **intensidad**.



Dieta en la remisión de EI

- **Normal:** Salvo en pacientes con enfermedad de **Crohn** que presentan **estenosis intestinales** fibrosas, los cuales deben seguir una **dieta sin residuos.**

Indicación de Soporte Nutricional

El soporte nutricional es indicado:

- Para **tratar** o **prevenir** la **malnutrición**
- Para **tratar** la **fase activa** del **Crohn** en el **preoperatorio**
- Para **mantener** la **remisión**
- Como **terapia sintomática** en determinadas situaciones

Soporte nutricional en la EI

- Está indicado **cuando el EN no se puede atender** de forma adecuada mediante la **dieta oral convencional**.
- Ya sea como **suplemento de la dieta** o en forma de **nutrición enteral total**.
- Puede ser por vía **oral, SNG, GEP, YEP**.
- Cuando no es posible cubrir las necesidades por vía enteral, está indicada la **nutrición parenteral**.

Quiénes recibirán SN?

- **Desnutridos graves** según VEN.
- **Desnutridos moderados** que **no realizan ingesta oral adecuada**.
- Pacientes con **EN normal** que se **deterioran** con **brote severo** del cuadro.
- En todos los casos la **NE es de elección**, siempre que exista un tracto gastrointestinal accesible y al menos en parte, **funcionante**.

Nutrición enteral

- **Fórmula estándar polimérica**
- Comenzar con **20 ml/h** y luego incrementar hasta **100-120 ml/h**.

Nutrición parenteral

- **NP a largo plazo** solo es **necesaria** en casos de **intestino corto** con **resecciones a repetición**.
- **NP de corto plazo** puede ser necesario en fases activas muy severas si el paciente **no tolera** la **nutrición enteral** o en el perioperatorio en pacientes con **íleo ó fístula** de **alto gasto**.

- Aunque la **desnutrición** en los pacientes con EII sea un **problema a largo plazo** y suponga soporte nutricional también por mucho tiempo, se debe mencionar que el **beneficio** del **soporte nutricional, enteral o parenteral**, por cortos períodos de tiempo **3-4 semanas**, proveen **beneficios de larga duración**.

Tratamiento en la fase activa

- **Terapia nutricional: muy efectiva**
- La **nutrición enteral** es la primera **elección** para la terapia nutricional en la **fase activa** de la enfermedad de **Crohn**.
- Aun no se conoce el mecanismo por el cual es efectiva pero hay varias hipótesis en discusión:

- **Intestino remanente:** con la **reducción** de las **bacterias y antígenos luminales** conduce a una **disminución de la inflamación**.
- **Inducción de anabolismo** cambia la **reacción inmune** y por lo tanto **reduce la inflamación**.

Soporte nutricional

- **Calorías: 25-35 cal/kg/día**
- **Velocidad de infusión:** comenzar con **20 ml/h** e incrementar hasta lograr completar valor calórico **en 2-3 días a 120 ml/h en 24 hs.**
- En cuadros con deshidratación: infusión parenteral durante los primeros días.
- **No se recomienda la administración en bolos** (asociado a complicaciones: diarrea, náuseas)

- **Fórmula estándar**
- **No se ha demostrado** que dietas conteniendo **w3 y glutamina** hayan **resultado beneficiosas**.
- En pacientes con severa **enteropatía perdedora de proteínas** la adición de **concentrados de proteína** a la **nutrición enteral** puede **resultar ventajoso**.
- La **nutrición enteral** debería continuar por un mínimo de **2-4 semanas** preferentemente.

- **La dosis y duración dependerán de EN y la disminución en la actividad de la enfermedad.**
- **Cuando los síntomas mejoran y esto permite aumentar la ingesta de alimentos , la nutrición enteral puede reducirse, aumentando la ingesta oral.**

Nutrición parenteral

- **Nutrición parenteral: no se recomienda el uso general** (elevados costos y los efectos secundarios).
- En **casos severos** de pacientes que la **terapia médica ha fallado**, podría usarse.
- **CUC:** es **indicada** en casos de **megacolon tóxico**.

Preoperatorio



- En **cirugías de coordinación** el **soporte nutricional preoperatorio** es indicado en pacientes con **albúmina menor a 3,5 g /l**, preferentemente **Nutrición Enteral** pero suplementado con **parenteral de ser necesario** para lograr balance nitrogenado y energético positivo.

Prevención de recaída

- No han sido efectivas dietas específicas bajas en carbohidratos o enriquecidas en fibra.
- El efecto de **w3** son **controversiales** y hasta el momento **no se recomienda como rutina** para la terapia de prevención de recaída,
- **Mantener un buen estado nutricional** es esencial para que el paciente tenga una buena calidad de vida.

Plan individual

- Muchos estudios han demostrado ser exitosos cuando el **plan de eliminación** de determinados **alimentos**, en la realimentación ha sido **luego** de una terapia de **nutrición enteral**.



- Se debe **adicionar de a un alimento por día.**
- E ir **acompañando la reincorporación de alimentos** con un **diario de dieta**, donde se anotan **síntomas** como diarrea luego de la ingestión de un determinado alimento.

- Se ha demostrado que los pacientes son intolerantes a uno o dos alimentos.
- Los **alimentos** que con mayor frecuencia causan **síntomas** son: **tomate, cítricos, productos lácteos, diferentes vegetales, productos con trigo, levadura.**

Terapia sintomática

- En pacientes con **estenosis severa** la **reducción** del contenido de la **fibra** es beneficioso y disminuye el dolor y el riesgo de íleo.

Resumen



- La **EII** frecuentemente causa **malnutrición** proteicoenergética.
- Además déficit de Vit, Fe, Ca.
- Debemos **monitorear** los **niveles** regularmente
- El **soporte nutricional** está indicado para **prevenir** y **tratar** la **desnutrición**
- **Suplementar** **via oral o enteral**, con **fórmulas** **poliméricas**.

- Utilizar **nutrición enteral nocturna**, para permitir la vía oral durante el día.
- **Suplementación** intravenosa de **vitaminas** y **Fe**, por disminución en la absorción o por tolerancia limitada a la vía oral.

- **Adecuar el SN** le da calidad de vida a los pacientes con EI.
- Nutrición **Enteral y Parenteral** es también **efectiva** en el **tratamiento** de la **fase activa** de la enfermedad.

- En **CUC** **pequeñas dosis** de **alimentación** muestra **reducción** en la dosis de esteroides y reduce la actividad de la enfermedad.
- La **eliminación** de la dieta de aquellos **alimentos** que **causan síntomas** es beneficioso.
- El rol de los **farmaconutrientes** es aún **controversial**.

Bibliografía:

Gil,A. Tratado de Nutrición .2010. 2da edición. Cap 29

ESPEN: Basics in clinical nutrition 3era edición. 2004. Cap 8.5

MUCHAS GRACIAS!