

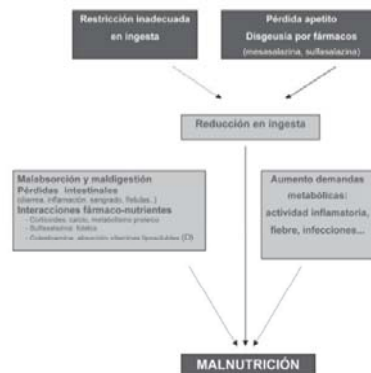
"Riesgo de la malnutrición en la EII activa y prevención de su aparición en la EII en remisión: cribado; valoración e intervención nutricional".

El 75% de los pacientes ingresados con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) sufren malnutrición y un 33 % presentan un IMC < 20. Entre los pacientes que acuden a consultas externas la prevalencia de malnutrición es alrededor del 16%.

Las *causas* que originan la malnutrición en estos enfermos son múltiples y confluyen en el paciente afecto de EII. Entre ellas podemos destacar:

- Reducción de la ingesta: por anorexia; disgeusia inducida por fármacos (mesalazina); restricciones inadecuadas voluntarias,... El 86% de los pacientes restringen alimentos durante el brote para aliviar síntomas, el 77% de los pacientes restringen algún alimento para evitar la recurrencia y el 67% modifica sus hábitos alimentarios tras el primer brote. Los pacientes con resecciones intestinales, enfermedad activa y dietas restrictivas son los de mayor incidencia de malnutrición.
- Malabsorción y maldigestión: por interacción fármaco-nutrientes (corticoides, sulfasalazina, ciclosporina); incremento de las pérdidas intestinales (edema, sangrado, fístulas, ...)
- Incremento de las demandas metabólicas: inflamación, fiebre e infecciones asociadas.

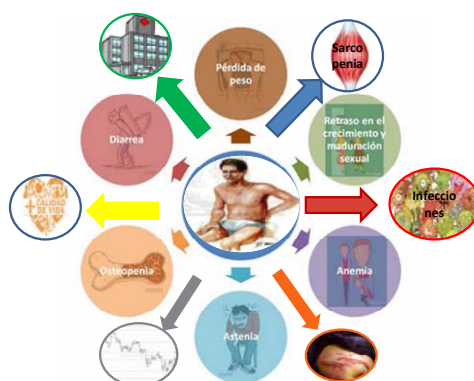
Etiología



Las *consecuencias* de la misma suponen un incremento de la morbimortalidad por:

- Ingresos prolongados, readmisiones precoces.
- Incremento de las complicaciones: TEP, infecciones, retraso en la cicatrización de heridas, cirugía urgente.
- Desarrollo en mayor grado de sarcopenia, osteopenia, retraso del crecimiento y maduración sexual. Se observa respecto a grupos controles una reducción del índice de masa corporal (IMC) de aproximadamente un 20% de los enfermos con Colitis Ulcerosa (CU) y un 37% de enfermos con enfermedad de Crohn (EC) y, una reducción de la masa libre de grasa del 13 y 28% respectivamente. A pesar de todo ello sólo un 5% de los pacientes tienen un IMC por debajo de 18,5 considerado como bajo peso y un 5% presentan obesidad (IMC > 30).

Consecuencias de la malnutrición en EII



- La prevalencia de pacientes con intestino corto y nutrición parenteral domiciliaria en España por EII continua siendo del 16% del total de pacientes registrados con NPD según datos del registro NADYA 2016.

Todas ellas con importante decremento en la calidad de vida del paciente.

La propia enfermedad ocasiona cambios en la composición corporal de estos enfermos que necesitan ser mejor conocidas y estudiadas.

Prevención de la malnutrición: cribado, valoración, diagnóstico e intervención nutricional



Cribado nutricional

Disponemos de múltiples test de cribado, no específicos para EII, pero útiles en la práctica clínica diaria para realizar el despistaje de enfermos malnutridos y/o con riesgo de malnutrición.

En general engloban parámetros antropométricos (peso y talla) así como preguntas acerca de la pérdida de peso reciente, modificaciones en la ingesta y gravedad de la enfermedad.

Debemos realizarlo una vez al año, en la revisión rutinaria establecida y siempre que exista un cambio clínico y/o se remita al paciente a cirugía.



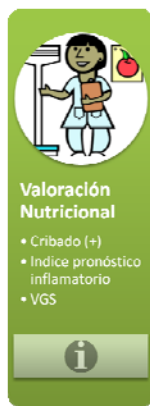
- **HOSPITALES**
 - Adultos: Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), Malnutrition Screening Tool (MST), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)
 - Ancianos: Mini Nutritional Assessment (MNA)
- **COMUNIDAD**
 - Adultos: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 - Ancianos: Mini Nutritional Assessment (MNA), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)
- **RESIDENCIAS GERIÁTRICAS**
 - Mini Nutritional Assessment (MNA), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)

Un test de cribado positivo exige la realización de una valoración nutricional más completa

Valoración nutricional

La valoración nutricional exige una historia clínica y dietética detallada junto con datos antropométricos, funcionales, bioquímicos y registros de ingesta. Tenemos test como la Valoración Global Subjetiva (VSG) que pueden ser útiles y asistimos en el diagnóstico

Existen además índices pronóstico de riesgo nutricional como el MIRT (Malnutrition Index Risk Tool) en el cual en función de los valores de IMC; pérdida ponderal y PCR estima el riesgo relativo de morbilidad asociada.



Valoración nutricional

- Historia clínica
- Historia dietética
- Datos de composición corporal
- Registro de ingesta
- Parámetros analíticos y funcionales

Aspecto nutricional evaluado	Metodología empleada
1. Estado nutricional global	Peso corporal
2. Reserva energética (grasa corporal)	Pleques cutáneos Bioimpedanciometría
3. Proteínas esqueléticas	Circunferencia muscular del brazo Creatinina en orina de 24 h
4. Proteínas viscerales	Albumina sérica Transferrina sérica Prealbumina Proteína transportadora del retinol
5. Deficiencias de nutrientes específicos	Vitaminas y minerales Signos clínicos

VALORACIÓN GLOBAL

Teniendo en cuenta el formulario, señale lo que corresponda a cada dato clínico para realizar la evaluación final:

Dato clínico	A	B	C
Pérdida de peso	<5%	5-10%	>10%
Alimentación	Normal	deterioro leve-moderado	deterioro grave
Impedimentos para ingesta	NO	leve-moderados	graves
Deterioro de actividad	NO	leve-moderado	grave
Edad	<65	>65	>65
Úlceras por presión	NO	NO	SI
Fiebre / catálisis	NO	leve / moderada	elevada
Tratamiento antiérgico	bajo riesgo	medio riesgo	alto riesgo
Pérdida adiposa	NO	leve / moderada	elevada
Pérdida muscular	NO	leve / moderada	elevada
Edemas / acitis	NO	leve / moderados	importantes
Albumina (previa al tratamiento)	>3,5	3,0-3,5	<3,0
Prealbumina (bas al tratamiento)	>18	15-18	<15

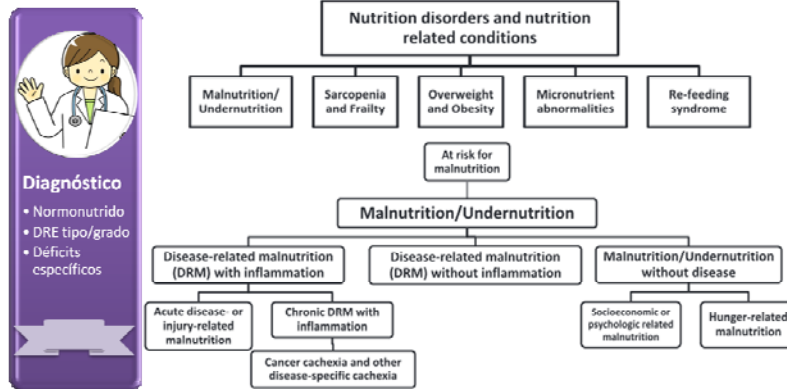
VALORACIÓN GLOBAL

- A: buen estado nutricional
- B: malnutrición moderada o riesgo de malnutrición
- C: malnutrición grave

Diagnóstico nutricional

La correcta valoración nutricional nos posibilitará un diagnóstico cualitativo y cuantitativo de la malnutrición.

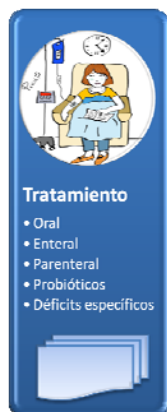
La desnutrición relacionada con la enfermedad puede aparecer asociada o no a inflamación sistémica, y esta a su vez ser aguda o crónica. Además podremos encontrar: déficits de micronutrientes; sarcopenia y obesidad.



ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition

Intervención o tratamiento nutricional

La intervención propuesta dependerá del estado nutricional del paciente y los objetivos terapéuticos planeados, la capacidad de ingesta y la capacidad absorbente del tracto digestivo de cada paciente.



Cálculo de requerimientos

Tratamiento de déficits específicos

Vía de acceso: oral; enteral; parenteral

Nutrientes específicos

La vía oral es la de elección siempre pero no disponemos de un modelo de dieta a establecer como eficaz en el control de los brotes de enfermedad. Los pacientes con estenosis deben limitar el contenido en fibra insoluble de su ingesta para evitar obstrucciones intestinales

Las dietas de exclusión (veanas; SCA; IgG;...) no se han mostrado eficaces en el control del brote inflamatorio.

El contenido en grasas saturadas de la dieta, palmítico; ácidos grasos libres, fosfatidil colina, carnitina,..., pueden jugar un papel inflamatorio directo e indirecto a través de modificaciones en la flora intestinal en estos pacientes. Los ácidos grasos omega-3 tienen un papel antiinflamatorio preventivo en este sentido.

Podemos encontrar beneficio en el incremento del aporte de fibra soluble en enfermos con colitis ulcerosa pero no existe una cantidad recomendada establecida.

El tratamiento con los probióticos VSL3 y E. Coli Nissle está validado para inducir remisión en el brote agudo leve-moderado de colitis ulcerosa y pouchitis.

Los suplementos de nutrición enteral artificial se emplean cuando con la dieta oral no se cubren más del 75% de los requerimientos del paciente. Es difícil un cumplir con aportes calóricos de más de 600 Kcal /d vía oral.

La nutrición enteral por sng/gastrostomía es de elección en pacientes jóvenes para tratamiento del brote agudo frente al empleo de corticoides. En cuanto a las dietas empleadas no se ha demostrado superioridad de las dietas peptídicas frente a las poliméricas en los estudios realizados si bien se tiende a emplear aquellas en pacientes más graves con mayor afectación intestinal o desnutrición más grave. Hay una tendencia a emplear fórmulas con menor contenido lipídico. Las fórmulas específicas para EII desarrolladas no han mostrado superioridad en el tratamiento de estos pacientes.

La nutrición parenteral se reserva para los casos en que no podamos emplear el intestino. Los nutrientes específicos tampoco han mostrado utilidad en la remisión de los brotes por esta vía.

Seguimiento y herramientas de apoyo

Anualmente debemos evaluar el estado nutricional de los pacientes afectados de EII, incluidos vitaminas liposolubles y micronutrientes y vigilar unos hábitos nutricionales correctos que no excluyan grupos alimentarios completos y favorezcan una dieta variada, rica en antioxidantes, pobre en grasas saturadas e hidratos de carbono de absorción rápida y con un correcto aporte de proteínas, calcio y vitamina D.



Disponemos de herramientas en la red que van a ayudar a estos pacientes en el conocimiento y manejo del día a día de su enfermedad: www.educainflamatoria; www.accuesp.com; www.fallointestinal.com; www.sepd.es; Apps como: Okeii; GEDIIB; Fundación Ayúdate.