

Enfermedad Inflamatoria Intestinal y Nutrición en el adulto

1.- INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) incluye dos enfermedades inflamatorias crónicas que afectan al tubo digestivo: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). En ambas la malnutrición es muy frecuente, estimándose en un 50-70% en EC y 18-62% en CU. De modo general, la severidad de la desnutrición depende de la duración, actividad y extensión de la enfermedad.

En la enfermedad de Crohn la desnutrición suele ser mixta calórico-proteica y desarrollarse lentamente con deficiencias crónicas, que se agudizan en hospitalizaciones y brotes severos. En la Colitis Ulcerosa se suele preservar el estado nutricional surgiendo grandes déficits sólo en los momentos de actividad de la enfermedad.

2.-CAUSAS DE MALNUTRICIÓN

2.1.-Desnutrición calórica-proteica

- Disminución de la ingesta: es la causa fundamental, básicamente por anorexia, pero frecuentemente empeorada por restricción dietética inapropiada (“ayuno terapéutico”).
- Aumento de requerimientos (fiebre, sepsis, crecimiento...)
- Aumento de pérdidas (enteropatía pierdeproteínas, sangrado, fístulas...).
- Malabsorción en EC: Alteración en la absorción de los carbohidratos en el 16-40% de los pacientes y de la grasa en un 30-40%. Varios factores: inflamación, resecciones intestinales múltiples, sobrecrecimiento bacteriano, déficit ácidos biliares....
- Aumento en la oxidación lipídica en EC.

2.2.- Déficit de micronutrientes:

- Calcio: 13% de los pacientes con EC tienen malabsorción de calcio
- Ácido fólico: Déficit en el 40% pacientes con EC y 60% de CU.
- Hierro: Más frecuente en CU (66%) que EC (25-40%). Por pérdidas crónicas.
- Zinc: Déficit en fístulas entéricas y en diarrea profusa.
- Vitamina B12: Déficit en 20 - 60% de los enfermos de EC con afectación del ileon terminal.
- Vitaminas liposolubles: Secundario a déficit ácidos biliares.

Estas deficiencias son muchas veces agravadas por la acción de fármacos (corticoides: calcio); (salazopirina: folato); (metotrexate: folato); (colestiramina: vitaminas liposolubles)

3.-MANIFESTACIONES NUTRICIONALES

- Pérdida de peso: muy frecuente (EC: 65-78%; CU: 18-68%),
- Descenso de proteínas plasmáticas.
- Cuadros clínicos por déficit de micronutrientes.
- Menor crecimiento y retraso puberal en adolescentes.

- Enfermedad metabólica ósea (osteoporosis y/o osteomalacia).
- Mayor mortalidad postoperatoria y dificultad en cierre fístulas (defecto de cicatrización...).
- Inmunosupresión (traslocación bacteriana...).

4.- EVALUACIÓN NUTRICIONAL:

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se encuentran en riesgo de desnutrición, por lo que debería realizarse un cribado nutricional en todos ellos para identificar a los enfermos que requerirán una valoración nutricional formal (ASPEN, grado de evidencia B).

Los **métodos** de que disponemos son:

- Historia dietética: Historia clínica, encuesta nutricional.
- Estudio composición corporal:
 - Antropometría: peso, talla, pliegue tricipital, perímetro muscular del brazo, estadio puberal y velocidad de crecimiento en adolescentes
 - Técnicas: Bioimpedanciometría, DEXA
- Pruebas de laboratorio: Hemograma, Ca, P, Mg, Zn, ferritina, B12, folato, A, D, E, prealbúmina, Tiempo de protrombina.

5.-RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

No se dispone de evidencias que incriminen a ningún alimento en el desencadenamiento, perpetuación o empeoramiento de la actividad inflamatoria en la EII. Por ello, la recomendación general es que los pacientes deben mantener una dieta adecuada, evitando únicamente aquellos alimentos que les causen síntomas.

Normas generales (a individualizar):

- Ingesta calórica: 25-30 Kcal diarias por cada Kg de peso ideal
- Ingesta de proteínas: 1,5-1,7 gr por Kg de peso al día
- Grasa: Dieta baja en grasa (60-70 gr/día) si esteatorrea y, en algunos casos, añadir MCT.
- Fibra: Durante los brotes de EII es aconsejable dieta pobre en residuos (fibra insoluble), particularmente en aquellos pacientes con formas estenosantes de EC o en brotes de CU grave. Fibra soluble a limitar sólo según molestias.
- Suplemento con multivitamínicos:
 - Vitamina D (800 UI/día) + Calcio (1000 mg)
 - Hierro: De inicio vía oral (sulfato o gluconato ferroso). Un 25% de pacientes no tolera (empeoramiento síntomas gastrointestinales): usar hierro sacarosa ev.
 - Zinc: Si diarrea profusa suplementar con 15-45 mg/día de sulfato de Zinc.
 - Ácido fólico: (15 mg/día): Prevención cáncer colorrectal y fenómenos tromboembólicos. Sobre todo si tratamiento con metotrexate.
 - Magnesio: Su suplementación puede empeorar la diarrea.
- Intolerancia a la lactosa: Coexiste frecuentemente en EC. Suprimir lácteos excepto yogur.

6.-SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL

6.1.- Nutrición enteral

a).- Enfermedad de Crohn

Objetivos:

- Prevención y tratamiento de la desnutrición.
- Mejoría del crecimiento en niños y adolescentes.
- Mejoría de calidad de vida.
- Como tratamiento en fase aguda y para facilitar el mantenimiento de la remisión.

Indicaciones:

- En el brote agudo en combinación con esteroides cuando el estado nutricional no se puede mantener de forma adecuada con dieta oral convencional (ESPEN grado C). No usar como tratamiento primario (único) en adultos puesto que induce menor número de remisiones que esteroides (ESPEN, grado A)
- Como tratamiento primario en los pacientes en los que exista contraindicación para tratamiento con esteroides: niños y adolescentes en fase de crecimiento (ESPEN grado C), brote leve-moderado en pacientes con osteoporosis severa ...
- En pacientes con inflamación intestinal crónica persistente pueden usarse suplementos como complemento la dieta oral (ESPEN grado B)
- En el peri-operatorio en pacientes con desnutrición calórico-proteica (ESPEN grado C)

Contraindicaciones

- Fístulas medio-yeyunales de alto flujo, obstrucción intestinal completa, íleo paralítico, sepsis, hemorragia intestinal grave o perforación intestinal.

b).- Colitis Ulcerosa

Indicaciones

- Soporte nutricional en pacientes desnutridos o con ingesta inadecuada (ESPEN grado C)

Contraindicaciones

- Megacolon tóxico, íleo paralítico, obstrucción intestinal completa o hemorragia gastrointestinal masiva.

c).- Tipo de dieta

- No existen diferencias significativas entre las dietas enterales elementales y no elementales para inducir la remisión en pacientes con EC (ESPEN, grado de evidencia A).
- Las dietas poliméricas son mejor toleradas (menor osmolaridad) y aportan mayor cantidad de nitrógeno por lo que son de elección. Las dietas elementales suelen reservarse para los pacientes que no toleren de forma adecuada las dietas poliméricas, o presenten una gran alteración de la función intestinal.
- Los suplementos por vía oral que aportan hasta 600 kcal/día se toleran muy bien (ESPEN grado A). Si es necesario un mayor aporte calórico durante largos periodos de tiempo la tolerancia es mucho peor, por lo que se recomienda su administración por sonda (ESPEN grado C) Si se utiliza esta última se aconseja que sea por bomba con infusión continua, pa-

ra facilitar la tolerancia (ESPEN grado B). En los pacientes donde se prevea una administración prolongada se aconseja el uso de gastrostomía.

- Se recomienda evitar dietas con lactosa o gran contenido en sacarosa u otros sacáridos debido al riesgo de inducir diarreas

6.2.- Nutrición parenteral

El reposo intestinal no logra mayor tasa de remisiones en los brotes de la enfermedad de Crohn ni disminuye el número de colectomías en la Colitis Ulcerosa.

Indicaciones en EII

- Pacientes que no toleren la nutrición enteral
- Pacientes con contraindicaciones para nutrición enteral
 - Fístulas enterocutáneas de alto débito o de localización alta
 - Síndrome de intestino corto
 - Síndrome suboclusivo

7.-NUTRIENTES ESPECÍFICOS

Glutamina:

- No existe evidencia en la actualidad de que sea eficaz para inducir la remisión en la EC (ESPEN, grado B).

Probióticos:

- Crohn: No existen pruebas para sugerir que los probióticos son beneficiosos para el mantenimiento de la remisión. (La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, n 1)
- Colitis ulcerosa: Existen ciertas evidencias que el Probiótico VSL-3 es efectivo en mantener la remisión en pacientes con pouchitis crónica.

Acidos grasos omega-3:

- Son seguros y pueden ser efectivos para el mantenimiento de la remisión en la EC cuando se administran en cápsulas con cubierta entérica. Sin embargo, no hay suficientes datos para recomendar su uso (La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 N° 3).

8.-LECTURAS RECOMENDADAS

- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Gastroenterology. Clinical Nutrition (2006) 25, 260–274
- Soporte Nutricional basado en la evidencia en la enfermedad inflamatoria intestinal. Endocrinología y Nutrición 2005; 52 (Supl 2): 70-7
- Soporte nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. Manual de Nutrición y Metabolismo, pags 333-349 Ed Díaz Santos 2006
- Nutrición en la enfermedad Inflamatoria Intestinal, pags 881-905. Tratado de Nutrición. Editor Angel Gil
- Malnutrition in Inflammatory Bowel disease. Uptodate 15.1
- Biblioteca Cochrane plus