

Nutrición en el paciente con hepatopatía crónica

Autores: Lic. Laura Corso; Lic. Cricelli Cecilia; Lic. Becerra Claudia; Lic. Baldomero Valeria; Lic. Brachi María Pía; Lic. Cabrera Paula; Lic. Temprano María de la Paz; Lic. Echevarría Constanza; Lic. De Feo Priscilla.

La enfermedad hepática crónica se caracteriza por un deterioro progresivo del estado nutricional, lo que condiciona la evolución de la enfermedad a la vez que se asocia a un aumento de la mortalidad por dicha causa.

El Grupo de Interés de Hepatopatías de la AANEP, luego de una laboriosa revisión y análisis de la literatura más reciente, ha elaborado una serie de recomendaciones nutricionales de los diferentes estadios de la enfermedad.

El objetivo del presente documento es colaborar en la sistematización de la terapéutica nutricional, entendiendo que el soporte nutricional basado en protocolos favorece y optimiza los resultados.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN PACIENTES CIRRÓTICOS DESCOMPENSADOS

La aparición de descompensaciones como ascitis, hemorragia por várices, encefalopatía y la ictericia marcan el inicio de la descompensación de la cirrosis. La malnutrición está presente en el 50-90% de los pacientes descompensados asociada a un incremento de la morbi-mortalidad, comprometiendo la función inmune e incrementando la pérdida de la masa muscular.

1) LINEAMIENTOS GENERALES PARA CIRROSIS DESCOMPENSADA

ENERGÍA	<p>35-40 kcal/kgPesoIdeal/día</p> <p>Monitorear la ingesta calórica y considerar la suplementación oral o nutrición enteral si la ingesta oral fuese deficiente, y no logre cubrir el 75% de los requerimientos.</p> <p>Se recomienda como método de evaluación de ingesta el registro alimentario ya que el recordatorio puede no ser útil para los pacientes con encefalopatía hepática.</p>
PROTEÍNAS	<p>1,2 – 1,5 g/kg Peso Ideal/día (Algunos autores sugieren 1,8-2g/kg/día)</p> <p>No se recomienda la restricción proteica en pacientes con encefalopatía. Aquellos pacientes con encefalopatía recurrente o intolerantes a las proteínas pueden requerir restricciones transitorias de 0,8-1g/kgPesoIdeal/día.</p> <p>Los aminoácidos de cadena ramificada se deberán suplementar en pacientes con intolerancia a las proteínas (actualmente no existe disponibilidad en Argentina).</p>
HIDRATOS DE CARBONO	<p>50-60% VCT</p> <p>Considerar valores de glucemias</p>
GRASAS	<p>25-35% VCT</p> <p>Considerar selección en patologías colestásicas</p>
SODIO	<p>Normo sódico</p> <p>En pacientes con antecedentes o presencia de edemas o ascitis ≤ 2 g/día</p>

LÍQUIDOS	30-40ml/kg/día < 1-1,5 litro en hiponatremia dilucional (<125 mEq/l)
VITAMINAS Y MINERALES	Se sugiere el uso de suplementos polivitamínicos Tener especial consideración con los siguientes micronutrientes: <ul style="list-style-type: none"> - Zinc: suplementar como sulfato de zinc 220 mg/día. - Tiamina (B1): suplementar en cirrosis alcohólica. - En colestasis evitar la suplementación con cobre y manganeso. Considerar el agregado de vitaminas liposolubles.
FRACCIONAMIENTO DE ALIMENTACIÓN	5-6 comidas/día evitando periodos prolongados de ayuno. Incorporar diariamente una colación nocturna rica en hidratos de carbono, proteínas y fibra. En el caso que el paciente requiera suplementos orales puede realizarse en este horario.

Referencias Bibliográficas

- D'Amico. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 188 studies. J. Hepatol 2006; 44(1):217-231.
- Ripoll C. Hepatic venous pressure gradient predicts clinical decompensation in patients with compensated cirrhosis. Gastroenterology 2007; 133(2):481-488.
- Plauth M. ESPEN guidelines on enteral nutrition: Liver disease. Clinical Nutrition 2006.25; 285-294
- Johnson TJ. Nutrition Assessment and management in advanced liver disease. Nutrition in Clinical Practice 2013, vol 28 N°1; 15:29.
- Amodio P. The Nutritional Management of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis: International Society for Hepatic Encephalopathy and nitrogen metabolism consensus. Hepatology 2013; 58:325.336.

2) COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS DESCOMPENSADA

ASCITIS:

La ascitis es una de las complicaciones que ocurren en la enfermedad hepática avanzada. Consiste en la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal y su presencia suele afectar el estado nutricional debido a una disminución de la ingesta por saciedad precoz. El tratamiento incluye el control del aporte del sodio de la dieta, el uso de diuréticos y la paracentesis en los casos de ascitis severa y refractaria. La ascitis refractaria se define como aquella que no alcance o no responda a dosis máximas de diuréticos y a restricción de sodio de la dieta.

LINEAMIENTO NUTRICIONAL

- Sodio: menor a 2 gr/día
- La restricción de líquidos no es necesaria a menos que el sodio se encuentre menor a 125 meq/litro
- Prestar especial atención al fraccionamiento de las comidas

HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL

Las varices esofágicas se desarrollan como consecuencia de la hipertensión portal. Solo un 25-35% de los pacientes presentaran sangrado, siendo el predictor más importante la longitud de las várices y la severidad de la enfermedad.

LINEAMIENTO NUTRICIONAL

- No existe evidencia que justifique la modificación de la consistencia y temperaturas de las comidas para prevenir el sangrado
- Los pacientes con varices esofágicas que no lleguen a cubrir sus requerimientos pueden utilizar sondas de acceso enteral para tal fin (Recomendación A ESPEN 2006).

Referencias bibliográficas:

- Senousy BE. Evaluation and management of patients with refractory ascites. World J. Gastroenterol. 2009;7,15(1):67-80
- Johnson T. Nutrition Assessment and management in advanced liver disease. Nutrition in Clinical Practice 2013; vol 28 N°1:15-29
- Kravetz D. Hemorragia variceal aguda. Acta Gastroenterol Latinoam 2004; 34:88-95.
- Jalan R. UK guidelines on the management of variceal hemorrhage in cirrhotic patients. Gut 2000;46(Suppl III):iii1–iii15
- Kondrup M. ESPEN Guidelines on enteral Nutrition: Liver disease. J Clinical Nutrition 2006; 25:28-294.

3) TRASPLANTE HEPÁTICO

Es la opción terapéutica para la cirrosis en estadio terminal. El rol del estado nutricional en esta etapa es fundamental ya que los pacientes desnutridos presentan mayor riesgo de morbi-mortalidad pos trasplante.

LINEAMIENTO NUTRICIONAL

- **Pos trasplante inmediato:**

El aporte calórico se recomienda entre 35-40 Kcal/día y 1,2-1,5 g/proteínas/día. Se recomienda el inicio precoz de la vía oral/enteral con el objetivo de disminuir las complicaciones principalmente las infecciosas. Debido a la inmunosupresión evaluar la presencia de hiperglucemias.

- **Pos trasplante tardío:**

Se tendrá en cuenta las complicaciones metabólicas consecuencia de la inmunosupresión.

Referencias Bibliográficas:

- Langer G. Nutritional interventions for liver-transplanted patients. Review Cochane 2012.
- Montejo JC. Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient. Update. Consensus SEMICYUC-SENPE. Liver failure and liver transplantation. Nutr. Hosp 2011;26(Supl.2):27-31.
- Sanchez AJ. Nutrition for the Liver Transplant patient. Liver Transplantation 2006, 12; 1310-1316.
- Garcia Ferreira L. Predictors of mortality in patients on the waiting list for liver transplantation. Nutr. Hosp 2013; 28(3):914-919.