

ALGORITMOS POR PATOLOGÍAS DE INTERNACIÓN DE ADULTOS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES (EII) ETAPA DE BROTE, RECUPERACIÓN Y REMISIÓN

La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), formas principales de las Enfermedades Inflammatorias Intestinales (EII), presentan un amplio espectro de heterogeneidad clínica.

Para el tratamiento de las EII son claves fundamentales la correcta categorización de la actividad, los patrones de la enfermedad, los factores predictivos usados actualmente, objetivos adecuados, los criterios de eficacia y la seguridad de las terapias tradicionales y modernas.

CRITERIOS DE SEVERIDAD DE LA CU DE TRUELOVE Y WITTS (ADAPTADO DE DIGNASS Y COL.)			
CRITERIO CLÍNICO O DE LABORATORIO	LEVE	MODERADA	GRAVE
Nº deposiciones sanguinolentas	<4	4-6	> 6
Pulso (pm)	<90	≤90	>90
Temperatura (°C)	<37,5	≤37,8	>37,8
Hemoglobina (g/dl)	>11,5	≥10,5	<10,5
Velocidad de sedimentación (mm/h)	<20	≤30	>30
PCR	Normal	≤30	>30

ÍNDICE DE LA ACTIVIDAD DE LA EC (CAI)			
DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE			PUNTAJE
Nº heces líquidas o pastosas (por día durante 7 días)			x 2
Calificación del dolor abdominal promedio durante 7 días (0 = sin dolor; poco = 1; moderado = 2; severo = 3)			x 5
Bienestar general diario durante 7 días (Bien = 0; levemente por debajo de lo normal = 1; malo = 2; muy malo = 3; terrible = 4)			x 7
Complicaciones: artritis o artralgia; uveítis o iritis; eritema nudoso; pioderma gangrenoso o estomatitis aftosa; fisura anal; fístula o absceso; otra fístula; T>37,8°C en los últimos 7 días			x 20
Masa abdominal (Sin masa = 0; cuestionable = 1; masa palpable = 5)			x 10
Hematocrito			x 6
IMC (% desviación de 1 DS a (1-peso/peso estándar) *100)			x 1
0-149 puntos: Remisión asintomática	150-229 puntos: EC activa leve a moderada	221-450 puntos: EC activa moderada a grave	451-1100 puntos: EC activa grave a fulminante

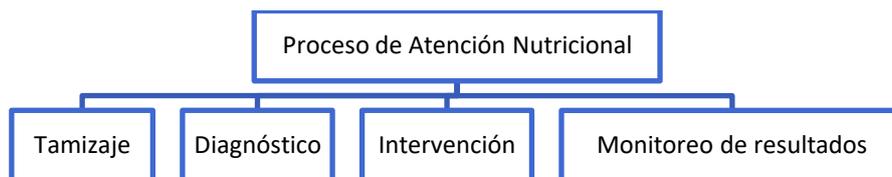
La prevalencia de malnutrición (MN) oscila entre un 20 y 85%. La variabilidad que presenta depende de la herramienta utilizada para el diagnóstico de MN.

El origen y las manifestaciones de la MN en pacientes con EII son multifactoriales. Las principales causas incluyen una ingesta nutricional subóptima (anorexia asociada a la inflamación, dietas restrictivas, ayunos terapéuticos), el incremento del metabolismo (por inflamación, complicaciones infecciosas o tratamiento esteroideo), las pérdidas gastrointestinales (GI) (por inflamación o fístulas), y la malabsorción (secundaria a diarreas, sobrecrecimiento bacteriano a nivel intestinal, o malabsorción de sales biliares).

La sarcopenia es otra de las alteraciones nutricionales que pueden presentar las EII. Se trata de un síndrome caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular y fuerza esquelética que predispone a un mayor riesgo de mala calidad de vida y discapacidad física.

El proceso de atención nutricional inicia dentro de las primeras 24 a 48 horas de ingreso a la institución. *(Ver Algoritmo de Proceso de Atención Nutricional)*

Cuadro 1. Proceso de Atención Nutricional.



Para completar el Screening o Tamizaje Nutricional, obtener una adecuada Evaluación y llegar a un correcto Diagnóstico Nutricional se consideran varios parámetros, entre ellos, los bioquímicos:

- Los pacientes con EII son propensos a padecer déficit de micronutrientes debido a la pérdida intestinal por diarreas, ingesta inadecuada, etc. Por lo que es importante dosar y monitorear ciertos nutrientes en sangre. Algunos suelen estar incrementados, como es el caso de la ferritina (<12 ng/ml) y el cobre (>140mcg/dL). Mientras que otros se encuentran disminuidos por la inflamación, como sucede en el caso del folato (<2,7ng/mL), selenio (<90Ug/L) y zinc (<66Ug/dL). Además, estos valores deben complementarse con los de PCR, Hematocrito y Hemoglobina, niveles de hierro y vitamina D.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Los objetivos de la Intervención Nutricional son:

- Mantener o mejorar el estado nutricional del paciente.
- Contribuir con el tratamiento de la enfermedad aguda: eliminar síntomas, minimizar efectos adversos a largo plazo, y reducir la inflamación intestinal, favoreciendo la cicatrización de la mucosa intestinal.
- Mantener las remisiones libres de corticoides (es decir, disminuir la frecuencia y severidad asociada a la dependencia y recurrencias a estos fármacos).

- Evitar hospitalizaciones y/o cirugías por complicaciones.
- Mejorar y mantener el bienestar general del paciente, optimizando su calidad de vida desde la perspectiva propia del mismo.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Los pacientes con EII tienen un gasto energético similar a la población general debido a que el incremento energético secundario a la inflamación es contrarrestado por la disminución en la actividad física en plena etapa de brote. Por lo que las ecuaciones predictivas son adecuadas para estimar sus requerimientos nutricionales.

- Es importante tener en cuenta que, en periodos activos de la enfermedad, la ingesta puede ser insuficiente para satisfacer incluso las necesidades normales, lo que puede conducir a la pérdida de peso.

	REQUERIMIENTO CALÓRICO Kcal/Kg PA/día	REQUERIMIENTO PROTEICO g Proteínas/Kg PA/día
Etapa de Brote	25-30	1,2 a 1,5
Etapa de Remisión	25-30	1

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

ETAPA ACTIVA

- Asegurar un adecuado consumo de líquidos (proveniente especialmente de agua segura, té, mate cocido y/o caldos). Es conveniente alternar las bebidas saladas con azucaradas.
- Disminuir los alimentos sometidos a fritura y/o con alto contenido en grasas del plan de alimentación ya que pueden desencadenar y/o exacerbar la EII.
- Evitar edulcorantes artificiales que contienen sorbitol en su composición química. Éstos suelen producir diarreas, incluso en la población general, y empeorar síntomas de estas características en pacientes con EII.
- La cafeína y el alcohol son otros desencadenantes comunes asociados a la molestia abdominal y las diarreas, por lo que es recomendable evitar su consumo.

ETAPA DE BROTE

En esta etapa, el paciente presenta distensión por gases y/o numerosas deposiciones diarreas ($\geq 5-6$ por día) con presencia de sangre y/o moco y/o dolores luego de la digestión.

- Las limitaciones dietéticas durante el brote son determinadas por la tolerancia alimentaria individual de cada paciente, según la extensión y severidad de la inflamación (*Ver Selección de Alimentos*). Los alimentos se reintroducirán gradualmente según evolución de cada caso en particular.

DIETAS ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO DE EII

La evidencia científica disponible en la actualidad acerca de la eficacia de cualquier dieta en particular para la EII es escasa.

- Las dietas de eliminación, como la FODMAP (por sus siglas en inglés) reducida en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polialcoholes fermentables, paleolítica, semivegetariana, mediterránea, etc. etc., *no* deben recomendarse para disminuir los síntomas.

PROBIÓTICOS

La ESPEN *no* recomienda el uso de los probióticos en *etapa activa* de la enfermedad. No obstante, hay datos más prometedores en el tratamiento de la CU.

- La terapia con probióticos puede ser considerada para el mantenimiento de la remisión en CU.
- La Asociación Americana de Gastroenterología (2019) no establece ninguna recomendación para el uso de probióticos en pacientes con CU leve a moderada.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

TERAPIA NUTRICIONAL (TN)

SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL ORAL

Iniciar, en primera instancia, suplementación nutricional oral (SNO) en aquellos pacientes que no toleran la vía oral o no logran cubrir sus requerimientos nutricionales vía oral.

- Sugerir SNO en caso de que el inicio de la vía oral se retrase.

NUTRICIÓN ENTERAL

La nutrición enteral (NE) está indicada en pacientes con desnutrición a su ingreso, en pacientes que no cubran el 60-75% de sus requerimientos nutricionales por vía oral por más de 3 a 5 días, y/o en pacientes que se estima que no podrán ingerir alimentos por vía oral por más de 7 días perioperatorios.

- La NE puede ser exclusiva o complementaria a la vía oral (VO).

NE EXCLUSIVA

La Organización Europea de Crohn y Colitis (ECCO), en sus pautas pediátricas, recomienda el uso de NE exclusiva (NEE) como primera línea del tratamiento nutricional para la inducción de remisión en EC. La ESPEN también considera la NEE como terapia de primera línea en niños con EC activa y recomienda su uso en adultos para aquellos cuyo tratamiento con los corticoesteroides no es factible.

- A pesar de ello, la evidencia científica disponible para pacientes adultos no es suficiente y es controvertida. La práctica clínica no apoya el uso de NEE como tratamiento de inducción para la remisión en adultos con EC, excepto aquellos que si deseen someterse a esta terapia.

TIPO DE FÓRMULA

Iniciar con fórmulas nutricionales del tipo polimérica estándar, con moderado contenido de grasa. No se recomiendan las fórmulas nutricionales con sustratos específicos (glutamina, ácidos grasos omega 3).

- En caso de no ser tolerada, administrar fórmulas nutricionales semielementales (tipo Peptisorb de Nutricia).

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Se recomienda administrar las fórmulas nutricionales a través de bombas de infusión de alimentación enteral, incrementando el volumen paulatinamente hasta alcanzar un aporte que cubra los requerimientos nutricionales. Este método de administración presenta menos complicaciones que la administración en bolos.

NUTRICIÓN PARENTERAL

La nutrición parenteral (NP) está indicada sólo en casos donde la vía oral y/o la nutrición enteral no son posibles o suficientes. Como, por ejemplo, en casos de fístulas intestinales de alto débito, íleo paralítico, obstrucción intestinal, sepsis intra-abdominal, hemorragia digestiva grave, megacolon tóxico y perforación intestinal.

ETAPA DE RECUPERACIÓN

- En esta etapa, el paciente ya no siente dolor, disminuye la distensión por gases y posee deposiciones menos frecuentes, sin sangre y con poco o nada de moco (*Ver Selección de Alimentos*).
- El aceite de pescado contiene ácidos grasos omega 3 que pueden ser beneficiosos para reducir la inflamación, como se ve en el intestino de los pacientes con enfermedades inflamatorias. La evidencia de dos grandes estudios de alta calidad sugiere que los ácidos grasos omega 3 consumidos diariamente en cápsulas durante la remisión, son probablemente ineficaces para el mantenimiento en enfermedad de Crohn. Por otro lado, no se encontró evidencia que apoye el uso de ácidos grasos omega 3 para el mantenimiento de la remisión en la colitis ulcerosa, debido a la heterogeneidad de variables utilizadas en los estudios. Los ácidos grasos omega 3 parecen ser seguros, aunque pueden causar diarrea y síntomas del tracto gastrointestinal superior.

ETAPA DE REMISIÓN

- En la remisión, el paciente presenta 1 o 2 deposiciones por día, blandas (o casi blandas), sin sangre ni moco, sin dolor abdominal ni gases (*Ver Selección de Alimentos*).

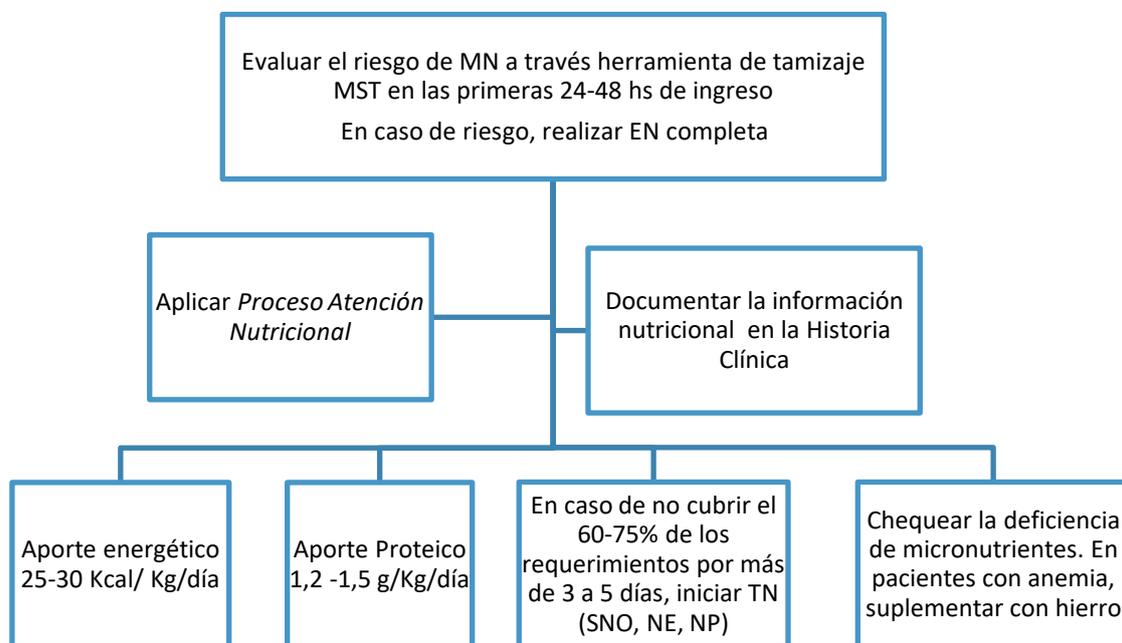
ALTA HOSPITALARIA

- Al momento del alta hospitalaria, entregar al paciente el plan de alimentación individualizado y realizar brevemente educación alimentaria sobre generalidades y puntos más importantes de su plan de alimentación.
- Citar a Consultorio Externo de Intestino.

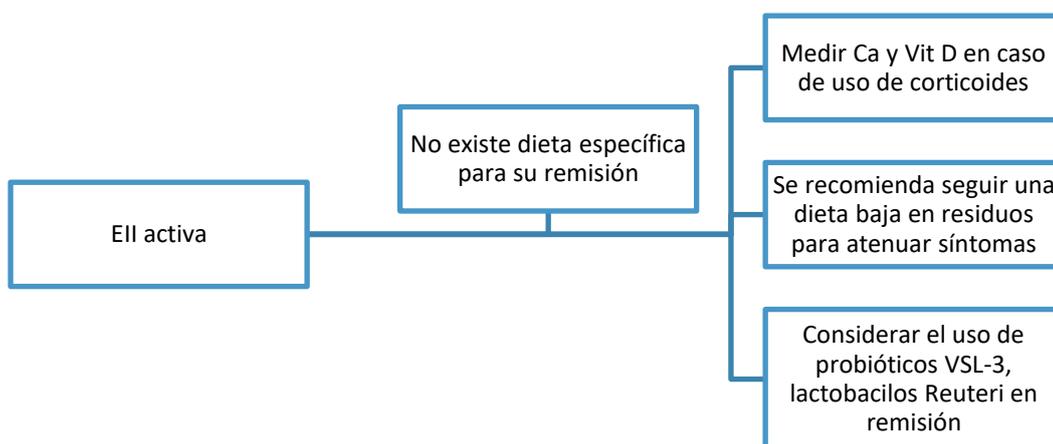
SELECCIÓN DE ALIMENTOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA EII

	ETAPA DE BROTE	ETAPA DE RECUPERACIÓN	ETAPA DE REMISIÓN
LÁCTEOS	Queso fresco tipo Por Salut. No leche ni yogur	+ Leche deslactosada, yogur, queso untable	Todos
HUEVO	Clara	Entero	Entero
CARNES	Blancas magras (pescado preferentemente) o desgrasadas, cocidas a la parrilla, plancha, cacerola, horno, en hamburguesas caseras o milanesa al horno	+ Pollo sin piel, pescados, carnes magras	Todas
FRUTAS	Manzana pelada y cocida, en puré, compota, banana bien madura.	+ Durazno, damasco, membrillo, pera, kiwi. Cocidas o ralladas	Todas
VERDURAS	Solo zanahoria, papa y batata al horno. Si no presenta diarrea, se puede agregar calabaza al horno. En sopa, budín, soufflés, tortilla al horno, rellenos	+ Calabaza, zapallo, berenjena, zapallitos, chauchas, tomate, remolacha, acelga, espinaca. En sopa, budín, soufflés, tortilla al horno, rellenos	Todas. Incorporar según tolerancia.
CEREALES	Arroz blanco, polenta, fideos. Con aceite y poco queso rallado	+ Pastas rellenas con ricota, pizza, tartas o empanadas caseras. Con aceite, salsa fileto casera o salsa blanca dietética	Todos
LEGUMBRES	Evitar	Evitar	Incorporar según tolerancia
PAN Y GALLETITAS	Pan francés tostado, tostadas de mesa, galletitas de arroz, de agua, galletitas simples sabor vainilla. En algunos casos puede excluirse el gluten.	+ Bay biscuit, bizcochuelo	Todos
ACEITE	En crudo, preferentemente de oliva	En crudo, preferentemente de oliva	En crudo, preferentemente de oliva
AZÚCAR	Con moderación, según glucemias. Mermeladas de frutas permitidas sin sorbitol	Mermeladas de frutas permitidas sin sorbitol	Con moderación, según glucemias, Mermeladas sin sorbitol
INFUSIONES	Té claro	Té, mate cocido, tisanas	Todas
OTROS	Gelatina de frutas y áspic con frutas permitidas	Gelatina de frutas y áspic con frutas permitidas	

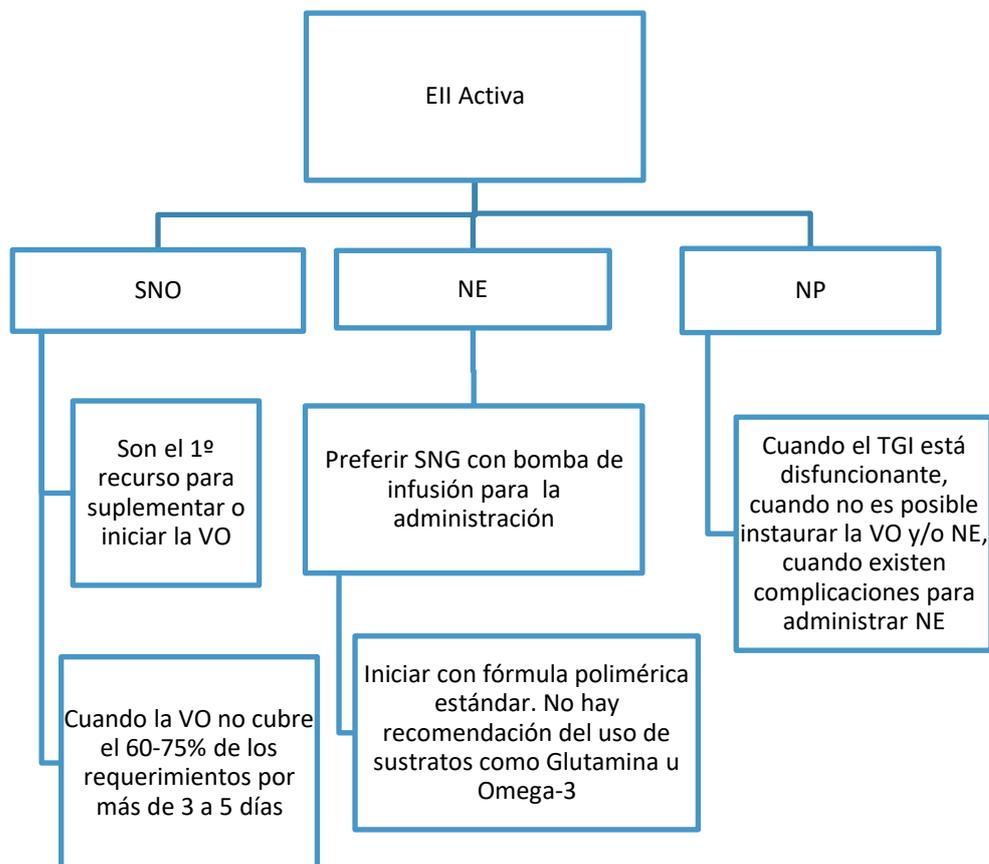
1. ALGORITMO DE MANEJO DE PACIENTE HOSPITALIZADO CON BROTE EII



2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN PACIENTES CON EII (ETAPA ACTIVA)



3. ALGORITMO DE DECISIÓN DE TERAPIA NUTRICIONAL EN EII



Lic. Marisa Canicoba (MN 1353 MP 052)

Integrante de la ECCO

Directora de la Especialidad de Nutrición Clínica

Sede Hosp. Nac. Prof. A. Posadas – UBA

Lic. Lucía De Nobili (MN 9342 MP 4474)

Residente en Nutrición de 2do año

Hosp. Nac. Prof. A. Posadas

BIBLIOGRAFÍA

- Sigall Boneh R , Levine A, Lomer M. Research Gaps in Diet and Nutrition in Inflammatory Bowel Disease. A Topical Review by D-ECCO Working Group [Dietitians of ECCO]. Journal of Crohn's and Colitis, 2017, 11(12):1407-1419. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx109
- Maaser C, Langholz E, Gordon H, et al. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on Environmental Factors in IBD. J Crohns Colitis. 2017 Aug 1;11(8):905-920
- Forbes A, Escher J., Hébuterne X., et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2017;36(2):321–347
- Canicoba M, Mauricio Alza S. Valoración del estado nutricional en diversas situaciones clínicas. Capítulo 1. Universidad privada del Norte. ISBN 978-612-4319-01-3.2017 (página 37-51)
- Canicoba M, Nastasi V. La dieta reducida en FODMAP: ventajas y controversias. Nutrición Clínica en Medicina. Vol. X - Número 1 - 2016 pp. 20-39.
- Nastasi V, Canicoba M. Efecto de la dieta reducida en fodmaps en el manejo de síntomas gastrointestinales. Diaeta (B.Aires) 2015; 33(151):29-37
- Limketkai B, Wolf A, Parian A. Nutritional Interventions in the Patient with Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterol Clin N Am 47 (2018) 155–177 <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.09.007>
- Svolos, V., Hansen, R., Nichols, B., Quince, C., Ijaz, U. Z., Papadopoulou, R. T., ... Gerasimidis, K. (2018). Treatment of Active Crohn's Disease With an Ordinary Food-based Diet That Replicates Exclusive Enteral Nutrition. Gastroenterology. doi:10.1053/j.gastro.2018.12.002
- Ko C, Singh S, Feuerstein J. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management Mild-to_Moderate Ulcerative Colitis. Gastroenterology 2019;156:748–764
- Marlow G, Ellett S, Ferguson IR, et al. Transcriptomics to study the effect of a Mediterranean-inspired diet on inflammation in Crohn's disease patients. Hum Genomics 2013;7:24
- Chiba M, Abe T, Tsuda H, et al. Lifestyle-related disease in Crohn's disease: relapse prevention by a semi-vegetarian diet. World J Gastroenterol 2010;16:2484–95.
- McDonald J, Feagan B, Jalan R, et al. Evidence Based Gastroenterology and Hepatology. Fourth Edition. Blackwell Publishing Ltd 2019; 11:173-187
- Bischoff S, Escher J, Hébuterne X, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition 2020; 39: 632-653
- Sambuelli A, Negreira S, Gil A, et al. Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. ACTA gastroenterológica latinoamericana 2019; 49: 5-265
- Lev-Tzion R, Griffiths AM, Ledder O, Turner D. Omega 3 fatty acids (fish oil) for maintenance of remission in Crohn's disease (Review). Wiley. 2014. Doi: 10.1002/14651858.CD006320.pub4
- Turner D, Steinhart A, Griffiths A. Omega 3 fatty acids (fish oil) for maintenance of remission in ulcerative colitis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006443. DOI: 10.1002/14651858.CD006443.pub2.