

# Cartas al editor

## La dieta hiperproteica: su repercusión sobre albúmina sérica, líquido ascítico y estado nutricional en cirrosis

Gisela Romero, Hazel Anderson Vásquez. Autores: Mónica Báez, Jackeline Zambrano

Volumen 67 N° 1 enero - marzo 2013

Estimada editora, tras mi lectura de este artículo me encuentro agradada de observar la fusión entre los gastroenterólogos y los profesionales de la nutrición, ya que bibliografía de este tipo en nuestro país es escasa y los esfuerzos deben ser muy grandes para lograrlos.

En cuanto al artículo puedo observar que se le da mucha importancia al peso como marcador del estado nutricional lo cual es muy sensible debido los cambios que ocurren en este tipo de pacientes debido a la cirrosis, lo mismo sucede en el caso de la albúmina y conteo linfocitario, veo que se utiliza un valor estándar de 12% para diferenciar el "peso húmedo" del "peso seco" y no se considera los diferentes grados de ascitis u otro tipo de edema como el de los miembros inferiores. ESPEN, 2009 en su capítulo de Hepatología sugiere la utilización de la Valoración Global Subjetiva (VGS) como método válido para la estimación del estado nutricional y tiene una buena correlación clínica en pacientes con cirrosis. Por otra parte, FELANPE también sugiere el pliegue de tríceps y la circunferencia de brazo con la limitante que no existen datos de referencia pero puede ser un valor comparativo de mejoría, también se han considerado la fuerza de agarre en pinza (handgrip strenght) como marcador de la pérdida de masa muscular en la cirrosis. El uso de la Bioimpedancia eléctrica ha sido sugerido siempre y cuando el aparato discrimine cada compartimiento corporal (grasa, músculo, agua) para que sea utilizado en pacientes con ascitis

Me queda la duda ¿cuál fue el peso de referencia?, también si se investigó otras causas (apartando la saciedad temprana) que los pacientes consumieran inicialmente 61% de su requerimiento?, ¿En definitiva qué tipo de proteínas consumieron los pacientes para llegar al 1,5 gr/kg, proteína animal o vegetal?, ¿Se dieron recomendaciones del tipo de grasas? ¿Se recomendó algún tipo de carbohidratos?, ¿Se dió sugerencias a los pacientes de los horarios de alimentación o la frecuencia? Debido a estas dudas prefiero no comentar los resultados encontrados en los niveles de albúmina.

Quizás lo ideal sea ampliar el número de pacientes y crear tablas de referencia antropométricas que podamos usar en estos pacientes, o diseñar una VGS adaptada a ellos.

Sin más a que hacer referencia se despide Atentamente,

Lic. Ana K. Rodríguez H.

Nutricionista Clínico, Adscrita al servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas.

## La dieta hiperproteica: su repercusión sobre albúmina sérica, líquido ascítico y estado nutricional en cirrosis

Gisela Romero, Hazel Anderson Vásquez. Autores: Mónica Báez, Jackeline Zambrano

Volumen 67 N° 1 enero - marzo 2013

El estado nutricional es el reflejo del estado de salud. Aun cuando no existe el estándar de oro en este sentido, las más utilizadas son la evaluación global objetiva (VGO) y la valoración global subjetiva (VGS)(1).

1. Evaluación Objetiva: es un método indicado en pacientes desnutridos/en riesgo de desnutrición y cuando sea necesario para hacer indicaciones nutricionales precisas con el objeto de corregir alteraciones originadas por la malnutrición. Se lleva a cabo mediante el manejo simple y práctico de indicadores, tales como los clínicos, antropométricos, dietéticos, bioquímicos y socioeconómicos.<sup>1,2</sup>

2. Evaluación Global Subjetiva: En este método, se realiza a través de un formulario que integra al diagnóstico de la enfermedad que motiva la hospitalización, parámetros clínicos obtenidos de cambios en el peso corporal, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales, y capacidad funcional. Su objetivo general es identificar pacientes con riesgo y signos de desnutrición o malnutrición por déficit; se le han realizado modificaciones de acuerdo con las entidades clínicas adaptándolas a pacientes oncológicos y renales. No es útil en pacientes con malnutrición por exceso.<sup>1,3,5</sup>

La evaluación del estado nutricional de un paciente con cirrosis hepática (CH) siempre debe ser realizada con el objetivo de identificar si existe malnutrición y encaminar las medidas terapéuticas a prevenir las complicaciones que derivan de ello. Los métodos que han resultado más confiables para evaluar el estado nutricional son la Antropometría, la Valoración Global subjetiva y los exámenes bioquímicos e inmunológicos.<sup>2</sup> Algunos autores han considerado los indicadores antropométricos, como un instrumento útil en hepatopatía crónica, ya que permite la determinación de las reservas proteicas y calóricas del individuo. Las mediciones de talla, peso, y grosor del pliegue cutáneo reflejan el estado nutricional presente.<sup>1,6</sup> Se ha estudiado el IMC en pacientes con enfermedad hepática, estableciendo como punto de corte 22 kg/m<sup>2</sup> en pacientes no ascíticos, de 23 kg/m<sup>2</sup> en pacientes con ascitis leve y 25 kg/m<sup>2</sup> en pacientes con ascitis severa como un instrumento fácil para detectar malnutrición en pacientes cirróticos. Campillo y col. concluyeron que el IMC es un método adecuado con una sensibilidad de 86,2%.<sup>7,8</sup>

Varios autores han estudiado diferentes métodos, tales como el IMC y VGS, los cuales han sido muy utilizados por diferentes autores desde el siglo pasado hasta la actualidad,<sup>9,10,14</sup> así tenemos: Venegas-Tresierra y col,<sup>10</sup> reportaron en una muestra de 43 pacientes hospitalizados con cirrosis evaluaron el estado nutricional, aplicando la Antropometría, hicieron las siguientes mediciones, las que

# Cartas al editor

son contempladas en toda evaluación nutricional integral: peso, talla, perímetro del brazo y pliegue tricipital. Asimismo, aplicaron el IMC, encontraron 20,1% de sobrepeso y 30,2% de obesidad. con hepatopatía crónica de cualquier etiología. Alvares Da Silva y col,<sup>11</sup> evaluaron 3 métodos en cirrosis y correlacionaron con el estado nutricional: la fuerza de agarre en pinza, VGS y el Índice Nutricional Pronóstico, (en pacientes 88% Child A) reportaron que presentaron malnutrición 28% por VGS. Se ha reportado que la VGS presenta una sensibilidad del 96-98% y una especificidad del 82-83%, según los estudios, en pacientes con cáncer.<sup>1</sup>

Landa-Galvan y col<sup>12</sup> evaluaron 62 pacientes con cirrosis hepática, a través de antropometría (Peso, talla, IMC, circunferencia muscular de brazo, área muscular de brazo y área grasa de brazo), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) y NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002), así como una herramienta de diagnóstico nutricional desarrollada específicamente para pacientes con CH, el RFH-GA (Royal Free Hospital Global Assessment, que evalúa el IMC, la circunferencia muscular de brazo y la ingestión dietética). La desnutrición por área muscular de brazo fue de 31,3% en hombres y de 10% en mujeres, y por área grasa de brazo fue de 23,3% en mujeres y 3,1% en hombres ( $p < 0.05$ ). Con las herramientas de tamizaje se obtuvieron porcentajes de riesgo de desnutrición de 43,5% y 54,8% respectivamente, vs 1,6% identificado con peso bajo por Índice de Masa Corporal. Con la herramienta de diagnóstico nutricional Royal Free Hospital Global Assessment se identificó 45,2% de pacientes con desnutrición.

Para estudiar el estado nutricional también, Teisanu y col,<sup>13</sup> evaluaron 176 pacientes hospitalizados utilizando el peso, la talla, IMC, pliegue de tríceps, la circunferencia media del brazo y la VGS, encontraron que los pacientes bien nutridos tenían un IMC de 27 kg/m<sup>2</sup>, los pacientes con desnutrición leve o moderada presentaron un IMC de 22 kg/m<sup>2</sup> y los severamente desnutridos presentaron un IMC de 18 kg/m<sup>2</sup>; En el mismo estudio, en cuanto al diagnóstico por la VGS clasificó bien nutridos 134 (76%), leve/moderadamente desnutridos 26 (15%) y desnutrición severa 16 (9%). Aplicando también la antropometría, Shiraki et al<sup>14</sup> evaluaron 293 pacientes entre 2007 y 2011 reportando que el IMC de los pacientes fue de  $23,1 \pm 3,4$  kg/m<sup>2</sup>, y el 31% presentaron obesidad. En pacientes sin ascitis, edema o HCC, la media de IMC fue de  $23,6 \pm 3,6$  y el 34% obesidad.

Finalmente Romero y col<sup>15</sup> compararon la VGS y la antropométrica en el diagnóstico nutricional de pacientes con enfermedad hepática crónica, concluyeron que ambos métodos son útiles para el diagnóstico nutricional por desnutrición calórica proteica. Asimismo, reportaron que la VGS, no es un método adecuado para medir riesgo de malnutrición por exceso en pacientes con enfermedad hepática crónica principalmente en CHILD PUGH A. Considerando todo lo anteriormente expuesto puede observarse que en la actualidad, no existe un método de evaluación del estado nutricional que pueda ser considerado como modelo ideal o "gold standard". De los múltiples métodos descritos en la literatura,

todos tienen ventajas y desventajas, por lo que el clínico o el equipo de salud deben utilizar el más adecuado; considerando para ello las características del individuo, sus condiciones fisiológicas, ambientales y si existe patología adyacente, ambos métodos son utilizados, para la evaluación nutricional del paciente con enfermedad hepática crónica, aún cuando se requieren de estudios con un número alto de pacientes para determinar el grado de evidencia al respecto.

Con respecto al peso de referencia se utilizó el Índice de Broca,<sup>16,17</sup> debido a los múltiples factores que afectan a estos pacientes, no se encontró literatura específica sobre peso de referencia para el paciente con cirrosis hepática. Los cálculos nutricionales se llevaron a cabo en cada paciente siguiendo los criterios nutricionales para pacientes con cirrosis, de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN).<sup>18</sup> que especifica lo siguiente: Proporcionar 30-35 kcal/kg peso corporal seco, 50-60% de las calorías como carbohidratos, 20-30% de las calorías como proteínas (1-1.5 g/kg peso corporal), de 10-20% de las calorías como grasas, eliminar restricciones dietéticas innecesarias, prescribir un régimen bajo en sodio (<2 g/día) solamente si la ascitis o el edema están presentes, proveer de 4 a 6 comidas de poco volumen al día, uno de los cuales debe ser la merienda nocturna rica en carbohidratos. Valorar las deficiencias séricas de zinc, calcio y vitaminas A, D,E y K y suplementar cuando sea necesario. En encefalopatía hepática, maximizar el tratamiento para encefalopatía hepática. Si el paciente presenta intolerancia considerar incrementar las proteínas vegetales, las proteínas lácteas y los aminoácidos de cadena ramificada. Prohibir el alcohol.<sup>13,18</sup>

Los pacientes antes del inicio del protocolo consumían el 61% de sus necesidades, entre las causas tenían el desconocimiento de la importancia de su alimentación, falta de motivación, saciedad temprana, un bajo consumo de alimentos, el cual fue solventado durante el periodo de ejecución donde los sujetos recibieron las calorías y proteínas adecuadas a su edad, sexo, peso, estado nutricional y estadio de la enfermedad, comprometiéndose a consumir las necesidades de calorías y nutrientes que requerían, lo cual cumplieron pudiéndose verificar a través de los registros de control en la evolución del peso y en la mejoría reportada del estado nutricional.

## Referencias bibliográficas

1. Ravasco P, Anderson H, Mardones F; Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED). Métodos de valoración del estado nutricional Nutr Hosp 2010;(Supl. 3)25:57-66 ISSN (Versión papel): 0212-1611 ISSN (Versión electrónica): 1699-5198 CODEN NU-HOEQ S.V.R. 318.
2. Martinez U, Civera M. Protocolo diagnóstico de la malnutrición. Medicine 2002;8:4717-9.
3. Detsky A et al. What is Subjective Global Assessment of nutritional status? JPEN 1987;11: p. 8-13.

4. Detsky A, McLaughlin R, Baker P, Johnson N, Whittaker S, Mendelson A, Jeejeebhoy N. Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons. *JPEN* 1987;8:153-9.
5. Makhija S, Baker J. The Subjective Global Assessment: a review of its use in clinical practice. *Nutr Clin Pract.* 2008;23(4):405-409.
6. Guillén-Mayorga D, Cáliz-Peratto E. Evaluación del estado nutricional de pacientes hospitalizados. *Rev Med Post UNAH* 1999; 4:137-44.
7. Carvalho L, Parise Edison R. Evaluation of nutritional status of nonhospitalized patients with liver cirrhosis. *Arq Gastroenterol* 2006;43:269-74.
8. Campillo B, Richardet J, Bories P. Validation of body mass index for the diagnosis of malnutrition in patients with liver cirrhosis. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:1137-43.
9. Romero Sanquiz G, Anderson Vásquez H E, Lizarzábal de Belloso M. Evaluación antropométrica: Un instrumento útil en pacientes con enfermedad hepática crónica. *Gen.* 2009 Sep; 63(3):163-166.
10. Venegas Tresierra L, Holguin Marin R, Yoza Yoshidaira M et al. Evaluación y Terapia Nutricional en pacientes Cirróticos del Hospital "Edgardo Rebagliati Martins". *Rev. gastroenterol. Perú, ene./mar.* 2002;22(1):13-18. ISSN 1022-5129.
11. Álvares da Silva M, Reverbel da Silveira T. Comparison between handgrip strength, subjective global assessment, and prognostic nutritional index in assessing malnutrition and predicting clinical outcome in cirrhotic outpatients. *Nutrition* 2005;21:113-7.
12. Landa-Galván HV, Milke-García Mª P, León-Oviedo C, Gutiérrez-Reyes G, Higuera-de la Tijera F, Pérez-Hernández JL. et al. Nutritional assessment of alcoholic liver cirrhotic patients treated in the liver Clinic of the Mexico's General Hospital. *Nutr. Hosp.* [serial on the Internet]. 2012 Dec [cited 2013 June 20];27(6):2006-2014.
13. Teiusanu A, Andrei M, Arbanas T, Nicolaie T, Diculescu M. Nutritional status in cirrhotic patients. *Maedica (Buchar).* 2012 Dec;7(4):284-9.
14. Shiraki M, Nishiguchi S, Saito M, Fukuzawa Y, Mizuta T, Kaibori M, Hanai T, Nishimura K, Shimizu M, Tsurumi H, Moriwaki H. Nutritional status and quality of life in current patients with liver cirrhosis as assessed in 2007-2011. *Hepatol Res.* 2013 Feb;43(2):106-12. doi: 10.1111/hepr.12004.
15. Romero Sanquiz G, Anderson Vásquez H E, Altamar D, Espina Taborda A F Evaluación global subjetiva y antropométrica para el diagnóstico nutricional de pacientes con enfermedad hepática crónica. *Gen. Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología.* Junio 2009;63(2):115-118.
16. Shah B, Sucher K, Hollenbec CB Comparison of ideal body weight equations and published height-weight tables with body mass index tables for healthy adults in the United States. *Nutr Clin Pract.* 2006 Jun;21(3):312-9.
17. Benjumea R María Victoria, Jorge Bacallao G, Dussán L Carmen. Concordancia del índice peso para la talla con el índice de masa corporal. *Rev Cubana Salud Pública.* 200228(2):76-99.
18. Plauth M, Cabre E, Campillo B, et al. ESPEN guidelines on Parenteral Nutrition: Hepatology. *Clinical Nutrition* 2009;28:436-444.

La Junta Directiva de la SVG y Grupo Advancement, los invita a inscribirse en el Fondo de Previsión Social y Retiro



### ¿Qué es el Fondo de Previsión Social?

Una estructura sin fines de lucro, orientada hacia fines de interés pensional, llamados a completar la asistencia social y de retiro.

### Requisitos para Inscripción

- \* Ser miembro solvente de la SVG
- \* Llenar la planilla de inscripción

### ¿Cómo puedo hacer el aporte?

Mensual, Trimestral y Anual.  
Domiciliado a la tarjeta de crédito de su preferencia o por depósito bancario. El monto del aporte es decisión del ahorrista, además cuenta con un aporte institucional que realiza la SVG.

**Si te interesa tu futuro  
¡INSCRÍBETE YA!**

Más información  
Teléfonos: 991.67.57 / 991.26.69  
correo: [fondoprevisionsocial.svg@gmail.com](mailto:fondoprevisionsocial.svg@gmail.com)