

# PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN Y CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

MJ. Casanova<sup>1</sup>, M. Chaparro<sup>1</sup>, B. Molina<sup>1\*</sup>, O. Merino<sup>2</sup>, OK. Nuevo-Siguairo<sup>3</sup>, C. Dueñas-Sadornil<sup>4</sup>, AM. García-Albert<sup>5</sup>, D. Hervías<sup>6</sup>, X. Calvet<sup>7</sup>, L. Bujanda<sup>8</sup>, GE. Rodríguez<sup>9</sup>, M. Montoro<sup>10</sup>, L. Castro-Laria<sup>11</sup>, J. López-Díaz<sup>12</sup>, M. Van Domselaar<sup>13</sup>, JM. Huguet<sup>14</sup>, P. Ramírez-de la Piscina<sup>15</sup>, J. Barrio<sup>16</sup>, A. Algaba<sup>17</sup>, AD. Ávila<sup>18</sup>, S. Torra<sup>19</sup>, L. Pozzati<sup>20</sup>, FJ. Martínez-Cerezo<sup>21</sup>, M. Calvo<sup>22</sup>, M. Charro<sup>23</sup>, P. López-Serrano<sup>24</sup>, MR. Arribas<sup>25</sup>, M. Muñoz Vicente<sup>26</sup>, ML. Rincón<sup>27</sup>, AC. Peláez<sup>28</sup>, E. Castro<sup>29</sup>, A. García-Herola<sup>30</sup>, R. Batanero<sup>2\*</sup>, A. Castaño-García<sup>3</sup>, P. Robledo<sup>4</sup>, MB. Gómez-Sánchez<sup>5\*</sup>, A. Figuerola<sup>7</sup>, JM. Banales<sup>8\*</sup>, L. Díaz-Hernández<sup>9</sup>, I. Vázquez<sup>10\*</sup>, F. Arguelles<sup>11</sup>, E. Marti-Bonmati<sup>14+</sup>, F. Bermejo<sup>17</sup>, P. Serrano-Aguayo<sup>18\*</sup>, I. Megias-Rangil<sup>21\*</sup>, M. Campderá<sup>22\*</sup>, A. Barragán<sup>23\*</sup>, A. Merchante<sup>26\*</sup>, T. Monedero<sup>5\*</sup>, M. Gómez-Lozano<sup>5</sup>, and JP. Gisbert<sup>1</sup>

Servicios de Gastroenterología, Endocrinología<sup>\*</sup>, y Farmacia<sup>+</sup> de:

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP and CIBEREHD, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Cruces, Bilbao; <sup>3</sup>Hospital Central de Asturias, Oviedo; <sup>4</sup>Hospital Universitario San Pedro Alcántara, Cáceres; <sup>5</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia; <sup>6</sup>Hospital Virgen de la Altagracia, Manzanares; <sup>7</sup>Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí and CIBEREHD, Sabadell; <sup>8</sup>Hospital de Donostia, Donostia; <sup>9</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife; <sup>10</sup>Hospital San Jorge de Huesca, Huesca; <sup>11</sup>Hospital Universitario Virgen de La Macarena, Sevilla; <sup>12</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago; <sup>13</sup>Hospital Universitario de Torrejón, Madrid; <sup>14</sup>Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; <sup>15</sup>Hospital Universitario de Álava, Vitoria; <sup>16</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; <sup>17</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid; <sup>18</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>19</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona; <sup>20</sup>Hospital de Mérida, Mérida; <sup>21</sup>Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Tarragona; <sup>22</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; <sup>23</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza; <sup>24</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid; <sup>25</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid; <sup>26</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón; <sup>27</sup>Hospital Comarcal Bidasoa, Guipúzkoa; <sup>28</sup>Hospital General de Catalunya, Barcelona; <sup>29</sup>Hospital Lucus Augusti, Lugo; <sup>30</sup>Hospital Marina Baixa, Alicante; Spain.

## INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se encuentra alterado con frecuencia, y un número considerable de pacientes presentan desnutrición, incluso cuando la enfermedad está en remisión<sup>1-3</sup>. La disminución de la ingesta oral es uno de los principales factores que contribuyen a la desnutrición en pacientes con EII. Esta puede deberse a su vez a las restricciones dietéticas impuestas por el propio paciente, la disminución del apetito, la disminución del placer asociado a la ingesta de alimentos, las alteraciones en el estado de ánimo e incluso el consejo médico<sup>4, 5</sup>. Pese a que no existen datos que apoyen la recomendación de una dieta específica para pacientes con EII<sup>6-8</sup>, muchos pacientes tienen la creencia de que determinados alimentos pueden inducir o empeorar los síntomas de la enfermedad, por lo que un número considerable decide restringir el consumo de determinados grupos de alimentos<sup>9-12</sup>.

Por otro lado, las alteraciones en la composición corporal de los pacientes con EII son frecuentes y han sido poco estudiadas<sup>2, 13</sup>. La mayoría de pacientes con EII presentan una alteración en la distribución de la masa libre de grasa y la masa grasa. Una composición corporal inadecuada puede favorecer la aparición de complicaciones de la enfermedad<sup>2</sup>. En la práctica clínica habitual se suele utilizar el índice de masa corporal (IMC) para medir la composición corporal. Sin embargo, está demostrado que el IMC no es suficiente para estimar la composición corporal, ya que en un porcentaje elevado de pacientes con EII estos valores pueden estar dentro de los rangos normales, a pesar de lo cual la composición corporal puede encontrarse alterada<sup>13</sup>. Por ello, es importante el empleo de otros métodos para evaluar la composición corporal, como la bioimpedanciometría eléctrica, para conocer la verdadera prevalencia de desnutrición en los pacientes con EII.

Es fundamental conocer el estado nutricional de los pacientes con EII y adoptar medidas encaminadas a corregir los déficits nutricionales, ya que la desnutrición es uno de los factores asociados con un mayor riesgo de complicaciones en estos pacientes.

Los objetivos del presente estudio fueron conocer la prevalencia de desnutrición en los pacientes con EII, analizar el comportamiento y las creencias de los pacientes con EII con respecto a la dieta, estudiar la composición corporal en los pacientes con EII, evaluar la fuerza muscular en los pacientes con EII e identificar factores predictores de desnutrición en los pacientes con EII.

## **MÉTODOS**

Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico. Se incluyeron pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa en seguimiento en las Unidades de EII. El estudio constó de dos partes. En la primera parte, los pacientes completaron un cuestionario acerca de sus hábitos dietéticos. En la segunda parte, los pacientes fueron valorados en la consulta de Nutrición, donde se realizó la Valoración Global Subjetiva (VSG). La VSG es un método validado de valoración nutricional realizado por el médico y que clasifica al paciente en 3 grados: grado A o bien nutrido, grado B o moderadamente desnutrido, y grado C o gravemente desnutrido. Además se midió la composición corporal con el análisis de bioimpedancia eléctrica, que es un método no invasivo y rápido que permite la estimación indirecta de la composición corporal, permitiendo la medición de la masa grasa, masa libre de grasa y del agua corporal total. Y finalmente se midió la fuerza muscular a través de la dinamometría manual. Se definió desnutrición como la presencia de un índice de masa corporal (IMC)

< 18,5 Kg/m<sup>2</sup>, o un índice de masa libre de grasa (IMLG) por debajo del percentil 10, o una VGS grado B o C<sup>14</sup>.

## **RESULTADOS**

Se incluyeron 1.272 pacientes (51% mujeres, edad media 45 años, 60% EC). De éstos, 334 pacientes participaron en ambas partes del estudio. El 18% eran fumadores y el 23% tenía antecedentes de cirugía previa por la EII. El 22% presentaba actividad clínica de la EII.

### **Creencias y comportamientos de los pacientes con respecto a la dieta**

En el cuestionario, 48% de los pacientes creía que el consumo de ciertos alimentos aumentaba el riesgo de padecer EII. El 69% de los pacientes consideraba que la dieta tenía un papel importante o extremadamente importante como desencadenante de los brotes de EII. El 76% de los pacientes evitaba el consumo de ciertos alimentos por temor a desencadenar un brote (entre estos alimentos se encontraban grupos de alimentos tan importantes para la nutrición como las grasas, los lácteos y las verduras), y el 86% evitaba ciertos alimentos cuando tenía brote de la EII por temor a empeorarlo, aumentando de forma considerable el número de pacientes que evitaba grasas y proteínas. Un 67% de los pacientes modificó sus hábitos dietéticos tras el diagnóstico.

### **Valoración nutricional de los pacientes**

El 8% de los pacientes tuvo una VGS grado B o C. El 4% de los pacientes tuvo un IMC < 18,5 Kg/m<sup>2</sup>, y el 11% un IMLG por debajo del percentil 10. El 16% de los pacientes cumplía al menos uno de los criterios previos y por lo tanto, la prevalencia de desnutrición fue de 16%.

### **Factores asociados con el riesgo de desnutrición.**

Los factores asociados con el mayor riesgo de desnutrición fueron: el antecedente de cirugía previa, la actividad de la enfermedad y el evitar grupos de alimentos durante el brote de la EII.

### **CONCLUSIONES**

La prevalencia de desnutrición en los pacientes con EII es elevada.

La actividad clínica de la EII, el antecedente de cirugía previa y el evitar alimentos durante el brote de la EII se asociaron con un aumento en el riesgo de desnutrición.

Más de la mitad de los pacientes considera que ciertos alimentos pueden desencadenar un brote de la EII.

La mayoría de los pacientes restringe la ingesta de ciertos alimentos con la intención de prevenir un brote de la EII.

## Referencias bibliográficas

1. Gassull MA, Cabre E. Nutrition in inflammatory bowel disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2001; 4: 561-569.
2. Valentini L, Schaper L, Buning C, Hengstermann S, Koernicke T, Tillinger W, et al. Malnutrition and impaired muscle strength in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in remission. *Nutrition* 2008; 24: 694-702.
3. Riordan AM, Hunter JO, Cowan RE, Crampton JR, Davidson AR, Dickinson RJ, et al. Treatment of active Crohn's disease by exclusion diet: East Anglian multicentre controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1131-1134.
4. Zallot C, Quilliot D, Chevaux JB, Peyrin-Biroulet C, Gueant-Rodriguez RM, Freling E, et al. Dietary beliefs and behavior among inflammatory bowel disease patients. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19: 66-72.
5. Rigaud D, Angel LA, Cerf M, Carduner MJ, Melchior JC, Sautier C, et al. Mechanisms of decreased food intake during weight loss in adult Crohn's disease patients without obvious malabsorption. *Am J Clin Nutr* 1994; 60: 775-781.
6. Persson PG, Ahlbom A, Hellers G. Diet and inflammatory bowel disease: a case-control study. *Epidemiology* 1992; 3: 47-52.
7. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lemann M, Soderholm J, Colombel JF, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *J Crohns Colitis* 2010; 4: 28-62.
8. Investigators IBDiES, Tjonneland A, Overvad K, Bergmann MM, Nagel G, Linseisen J, et al. Linoleic acid, a dietary n-6 polyunsaturated fatty acid, and the aetiology of ulcerative colitis: a nested case-control study within a European prospective cohort study. *Gut* 2009; 58: 1606-1611.
9. Jamieson AE, Fletcher PC, Schneider MA. Seeking control through the determination of diet: a qualitative investigation of women with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clin Nurse Spec* 2007; 21: 152-160.
10. Zutshi M, Hull TL, Hammel J. Crohn's disease: a patient's perspective. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 1437-1444.
11. Waljee AK, Joyce JC, Wren PA, Khan TM, Higgins PD. Patient reported symptoms during an ulcerative colitis flare: a Qualitative Focus Group Study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009; 21: 558-564.
12. Hwang C, Ross V, Mahadevan U. Popular exclusionary diets for inflammatory bowel disease: the search for a dietary culprit. *Inflamm Bowel Dis* 2014; 20: 732-741.
13. Bryant RV, Trott MJ, Bartholomeusz FD, Andrews JM. Systematic review: body composition in adults with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 38: 213-225.
14. Detsky AS, Baker JP, Mendelson RA, Wolman SL, Wesson DE, Jeejeebhoy KN. Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1984; 8: 153-159.