

Dieta del paciente cirrótico

Recomendaciones:

1. Determinar el estado nutricional: índice de masa corporal y/o análisis subjetivo mediante encuesta o la fuerza ejercida al cerrar el puño.
2. Recomendar: Comidas frecuentes (4-7 por día con 1 por la noche antes de acostarse; dieta baja en sodio (2 grs o 88 mmol/día) si hay ascitis o edema. La ingesta de la comida por la noche evita el catabolismo nocturno. El realizar 7 comidas al día ha demostrado que mejora la oxidación de substratos en pacientes cirróticos.
3. Si existe desnutrición moderada o severa: aumentar la ingesta oral; agregar suplementos nutricionales vía oral; determinar las calorías cada 2-3 días; indicar polivitamínicos y corregir deficiencias específicas (Vitamina D, zinc); restringir líquidos si existe hiponatremia (nivel de sodio < 120 mmol/L); considerar pacientes para estudios calorimétricos indirectos; considerar presencia de osteoporosis y tratarla de estar presente. Las concentraciones séricas de vitaminas no reflejan la concentración tisular por lo que administrar vitaminas es inocuo y económico.
4. Si la ingesta es < 35-40 Kcal.Kg.día y proteínas < 1.2-1.5 g.Kg.día: inicio de nutrición enteral para el aporte de los requerimientos. Se recomienda la ingesta de 35-40 Kcal/kg/día para mantener condiciones de anabolismo, en pacientes desnutridos aumentar a 50 Kcal/Kg/día. En pacientes con cirrosis compensada se recomienda la ingesta de 0.8-1 gr de proteína por Kg de peso por día; en pacientes con cirrosis descompensada aumentar a 1.5-2 gr/Kg/día. El uso de beta bloqueantes aumenta los requerimientos proteicos.
5. Si existe encefalopatía hepática o intolerancia a proteínas: mejorar el tratamiento de la encefalopatía con otros medicamentos como lactulona, rifamixina y otros; considerar aminoácidos ramificados. Se puede sustituir la fuente de proteínas de origen animal por proteínas de origen vegetal o dietas basadas en caseína.
6. En el paciente cirrótico se produce hiperglicemia e hiperinsulinismo, sin embargo esto no representa un problema clínico importante por lo que los carbohidratos deben representar el 40-50% del aporte calórico total. La hipoglicemia aparece en la insuficiencia hepática aguda y se trata con soluciones glucosadas.
7. En cuanto a lípidos deben administrarse ácidos grasos esenciales, 3 grs de ácido linoleico/día, administrar triglicéridos de cadena media (aceites) en caso de esteatorrea junto con enzimas pancreáticas e inhibidores de bomba de protones para mejorar su absorción.

Se recomienda la ingesta de 35-40 Kcal.Kg.día y de 1.2-1.5 grs.Kg.día de proteínas. La dieta convencional con el aporte de suplementos generalmente es suficiente para la mayoría de los pacientes. Una dieta demasiado baja en sodio es poco tolerada por los pacientes por lo que 2 grs/día pareciera ser suficiente para controlar ascitis, edema o hidrotórax. Siempre que sea posible se prefiere la alimentación vía oral o enteral antes de la parenteral. Las limitaciones son de sodio en pacientes con edema o ascitis, de proteínas en pacientes con encefalopatía hepática lo cual es discutible actualmente porque se ha demostrado que existe aumento de los requerimientos proteicos y la de grasas en pacientes con colestasis y esteatorrea.

En cuanto a las vitaminas tenemos:

Vitamina A: su déficit es frecuente en las colestasis crónicas, estos pacientes deben recibir mensualmente una dosis de 10000 UI por vía intramuscular.

Vitamina D: los pacientes con colestasis crónicas deben recibir mensualmente una dosis de 10000 UI de vitamina D3 intramuscular.

Vitamina E: su déficit es infrecuente en adultos con hepatopatías crónicas y colestasis, en caso de ser necesario se recomienda 1-2 mgs día/Kg de peso.

Vitamina K: pacientes con colestasis crónicas deben recibir 10 mgs de vitamina K1 por vía intramuscular mensual.

Tiamina: su déficit es frecuente en pacientes con hepatopatías alcohólicas, habitualmente es subclínica y se recomienda administrar 10-100 mg/día. Los déficits sintomáticos ameritan dosis elevadas por vía oral o intramuscular.

En cuanto a oligoelementos tenemos:

Hierro: su deficiencia es rara en la cirrosis en ausencia de mala absorción o hemorragia digestiva (25% de los pacientes). Se evalúa mediante la determinación de hierro sérico, capacidad de fijación de transferrina y ferritina.

Calcio: es frecuente su deficiencia en pacientes con colestasis crónicas, su déficit contribuye a la aparición de osteopenia, en estos pacientes se recomienda una dieta rica en lácteos con un aporte entre 800-1200 mg/día.

Zinc: algunos pacientes cirróticos pueden presentar alteraciones del olfato y el gusto, hemeralopía resistente a Vitamina A, agravamiento de la encefalopatía que son reversibles con la administración de zinc. Puede administrarse en forma de sulfato de zinc, 200 mgs tres veces al día.

Magnesio: su déficit se debe a excesiva pérdida por la orina y consumo de alcohol, se puede manifestar por calambres que mejoran al administrar este oligoelemento.

Selenio: se ha demostrado su deficiencia en pacientes cirróticos y se involucra en el daño hepático producido por el alcohol.

Tomado de: Nutrition in End-Stage Liver Disease: Principles and Practice. O'Brien y Williams. Gastroenterology 2008;134:1729-1740.

Nutrición en el paciente hepático. Gómez, Herrero y Quiroga.

Dr. Ivan David Rivas Rodriguez.

Contacto: www.gastromerida.com