

Escuela de Medicina de La Habana. La Habana. Cuba.

¿INTERVENIR O NO INTERVENIR? CLAVES PARA RESPONDER A ESTA INTERROGANTE

*Sergio Santana Porbén*¹.

INTRODUCCIÓN

El propósito de cualquier diagnóstico es facilitar la intervención. Los estimados tan elevados de desnutrición asociada a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Hemodiálisis (HD) son un recordatorio permanente de que estos pacientes, por razones propias de la enfermedad de base y del tratamiento dialítico, se encuentran en riesgo de desnutrición, y por ende, deben tomarse las acciones necesarias para preservar la integridad de los compartimentos corporales.¹⁻²

El reconocimiento de la desnutrición asociada | secundaria a la IRC en HD puede oscurecerse debido a la distorsión de los compartimentos corporales ocasionada por los trastornos de la distribución hídrica que pueden observarse en estos pacientes. En un trabajo anterior se comprobó que los valores anómalos de la circunferencia del brazo (CB) y la Albúmina sérica pueden servir para describir el estado nutricional del nefrópata sujeto a HD.³ En este trabajo también se comprobó que valores disminuidos de la CB y la Albúmina sérica pueden asociarse con una mortalidad elevada al año de seguimiento en HD.³ Luego, la constatación de valores anómalos de Albúmina sérica y/o la CB debe estimular la adopción de acciones para elucidar la(s) causa(s) subyacente(s) de estas afectaciones. Se hace notar que de proseguir estas causas sin una intervención eficaz, se corre el riesgo de que ocurra depleción de los compartimentos corporales más allá de un punto de no-regreso en el que cualquier acción terapéutica ulterior no surtiría efecto alguno. Si no se observa una mejora sustancial de los indicadores afectados después de corregidas las causas inespecíficas de afectación de los compartimentos corporales, se deben programar otras acciones de intervención jerárquicamente superiores.

Pero: ¿es necesario intervenir en todos los pacientes que se denoten como desnutridos? ¿Se justifica intervenir nutricionalmente no sólo en aquellos pacientes con dos indicadores anómalos, sino también en los que muestren aunque sea un indicador anómalo? Tal vez no sea urgente intervenir en aquellos con una CB disminuida. El estudio anteriormente citado reveló que la tasa de mortalidad en este subgrupo de pacientes fue solo del 12.5%, idéntica a la observada en los sujetos con un estado nutricional preservado.³ Sin embargo, la intervención nutricional debe ser inmediata en aquellos pacientes en los que se constata una Albúmina menor de 35 g.L⁻¹, o en los que concurren valores anómalos de los indicadores antropométrico y bioquímico. En el primer subgrupo, la mortalidad al año fue del 75%. En el segundo subgrupo, la tasa de mortalidad llegó a ser casi del 90%.³

¹ Médico, Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente.

Correo electrónico: ssergito@infomed.sld.cu

No obstante, la efectividad de las estrategias depende de la disponibilidad, el acceso y los costos de las terapias nutricionales; y ello obliga a definir prioridades y objetivos. Como paso previo a la intervención nutricional sería útil dilucidar si la hipoalbuminemia coexiste (o no) con ingresos dietéticos bajos. La estrategia de intervención se ajustaría entonces según la concurrencia de los ingresos dietéticos, las cifras de Albúmina sérica y los valores de la Circunferencia del brazo, tal y como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Pautas para la intervención médica, alimentaria, nutricional y metabólica en la desnutrición asociada | secundaria a la Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis.

Ingresos dietéticos	Albúmina sérica		Circunferencia del brazo
	Disminuidos	Normales	
Disminuidos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la dosis de diálisis (Kt/V) • Establecimiento de la presencia de estados inflamatorios • Consejos nutricionales • Revisión del menú alimentario actual • Nutrición Enteral suplementaria: Dietas órgano-específicas • Nutrición Parenteral Central 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la dosis de diálisis (Kt/V) • Establecimiento de la presencia de estados inflamatorios • Nutrición Enteral suplementaria: Dietas genéricas/Dietas órgano-específicas 	Disminuidos
	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la dosis de diálisis (Kt/V) • Establecimiento de la presencia de estados inflamatorios • Consejos nutricionales • Revisión del menú alimentario actual • Nutrición Parenteral Intradialítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejos nutricionales • Revisión del menú alimentario actual 	Normales
Normales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la dosis de diálisis (Kt/V) • Establecimiento de la presencia de estados inflamatorios 	No intervención nutricional Seguimiento regular	Normales
	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la dosis de diálisis (Kt/V) • Establecimiento de la presencia de estados inflamatorios • Nutrición Parenteral Intradialítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la dosis de diálisis (Kt/V) • Establecimiento de la presencia de estados inflamatorios 	Disminuidos

La disminución de los ingresos dietéticos en el nefrópata sujeto a HD crónica pudiera ser el resultado de una inadecuada dosis de diálisis.⁴ La revisión de la dosis de diálisis en base a un mejor conocimiento de la composición corporal del sujeto podría resultar en un incremento de los ingresos alimentarios, y con ello, la mejoría del estado nutricional.

En otras ocasiones la disminución de los ingresos alimentarios es causada por un estado inflamatorio exacerbado al cual contribuyen la uremia crónica y la acidosis metabólica, las características del régimen dialítico, y otros determinados dictados por la enfermedad de base.⁵⁻⁶ Luego, la conducción de un panel de inflamación que contemple la determinación de la Proteína C Reactiva (PCR), la corrección de los trastornos del medio interno, y la paliación de la inflamación mediante la medicación orientada, deberían traducirse en ingresos alimentarios aumentados y variados.⁷

La revisión del menú alimentario consumido corrientemente por el nefrópata, junto con la emisión de consejos nutricionales, también es otra estrategia que se debe ensayar para incrementar la cantidad, calidad y variedad de los alimentos que ingiere el enfermo.⁸

Si, prescritas estas acciones, y asegurado el cumplimiento de las mismas, no se observa un cambio significativo en los valores de la CB y la Albúmina sérica, otras estrategias más intensas deberían implementarse. La suplementación oral con un nutriente polimérico genérico podría servir para ayudar al enfermo a satisfacer las metas nutrimentales prescritas, y con ello, alcanzar el peso deseado para la talla.⁹

La nutrición parenteral intradialítica (NPID) ha sido propuesta como una estrategia de apoyo nutricional en aquellos pacientes en los que, a pesar de los esfuerzos de los nutricionistas y del propio enfermo y sus familiares, no se logra revertir el deterioro nutricional.¹⁰ Como tal, es una estrategia que responde a criterios casuísticos antes que poblacionales, en virtud del costo de la NPID y el pequeño tamaño de las subpoblaciones en la que estaría indicada. Por la misma razón, la nutrición enteral intradialítica (NEID), mediante la cual se infunden volúmenes de un nutriente enteral especificado a través de una sonda nasointestinal colocada durante la sesión de la diálisis, podría ser una alternativa que redunde en mayores beneficios contra una menor tasa de complicaciones.¹¹ Se ha demostrado que la colocación temporal de una sonda nasointestinal (aun cuando concurren várices esofágicas), y la infusión de nutrientes enterales, es segura cuando se compara con la infusión parenteral de soluciones de nutrientes.¹¹

En todo momento se debe asegurar la supervisión de las medidas de intervención prescritas, y la actuación ante las desviaciones | incumplimientos de las mismas. Igualmente, los equipos locales de nutricionistas deben documentar exhaustivamente el impacto de las intervenciones hechas, a los fines de juzgar sobre el costo-efectividad de las mismas, y con ello, la elaboración de pautas y recomendaciones de alcance más abarcador.

CONCLUSIONES

La desnutrición asociada | secundaria a la IRC en HD puede constituirse en un predictor de fracasos terapéuticos y mortalidad temprana, además de causa de costos incrementados de las prestaciones de salud y una menor calidad percibida de la atención médica. Por lo tanto, todas las intervenciones nutricionales que se adopten se justifiquen siempre y cuando estén dirigidas a revertir el deterioro nutricional, y con ello, sostener el estado nutricional del enfermo, a la vez que mejorar la respuesta a la terapia de sustitución renal y prolongar la expectativa de vida.

Se pueden proponer varias estrategias de intervención nutricional en el nefrópata sujeto a HD crónica, todas ellas con su correspondiente razón de costo-efectividad.¹² Le corresponde entonces a los equipos locales de nutricionistas la selección juiciosa de la intervención a

conducir, el seguimiento regular de su implementación, la corrección de las desviaciones e incumplimientos, la documentación del impacto alcanzado, y la realización de juicios económicos para asegurar la sostenibilidad en el tiempo del programa de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kopple JD. Therapeutic approaches to malnutrition in chronic dialysis patients: The different modalities of nutritional support. *Am J Kidney Dis* 1999;33:180-5.
2. Lacson E, Ikizler TA, Lazarus JM, Teng M, Hakim RM. Potential impact of nutritional intervention on end-stage renal disease hospitalization, death, and treatment costs. *J Ren Nutr* 2007;17:363-71.
3. Ordóñez Pérez V, Barranco Hernández E, Guerra Bustillo G, Barreto Penié J, Santana Porbén S, Espinosa Borrás A, Martínez González C, Anías Martínez A. Estado nutricional de los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". *Nutr Hosp [España]* 2007;22:677-94.
4. Bergstrom J. Nutrition and adequacy of dialysis in hemodialysis patients. *Kidney Int (Suppl)* 1993;41:S261-S267.
5. Kalantar-Zadeh K, Block G, McAllister CJ, Humphreys MH, Kopple JD. Appetite and inflammation, nutrition, anemia, and clinical outcome in hemodialysis patients. *Am J Clin Nutr* 2004;80:299-307.
6. Iseki K, Tozawa M, Yoshi S, Fukiyama K. Serum C-reactive protein (CRP) and risk of death in chronic dialysis patients. *Nephrol Dial Transpl* 1999;14:1956-60.
7. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Relative contributions of nutrition and inflammation to clinical outcome in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2001;38:1343-50.
8. Riverol Hidalgo Y, Pacheco Fuente M, Sanz Guzmán D, Santana Porbén S. Ingresos dietéticos en los pacientes atendidos en un programa hospitalario de hemodiálisis. Relación con la frecuencia de diálisis y el estado nutricional. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2010;20:35-56.
9. Caglar K, Fedje L, Dimmitt R, Hakim RM, Shyr Y, Ikizler TA. Therapeutic effects of oral nutritional supplementation during hemodialysis. *Kidney International* 2002;62:1054-9.
10. Chertow GM, Ling J, Lew NL, Lazarus JM, Lowrie EG. The association of intradialytic parenteral nutrition administration with survival in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1994;24:912-20.
11. Stratton RJ, Bircher G, Fouque D, Stenvinkel P, De Mutsert R, Engfer M, Elia M. Multinutrient oral supplements and tube feeding in maintenance dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis* 2005;46:387-405.
12. Chertow GM. Modality-specific nutrition support in ESRD: Weighing the evidence. *Am J Kidney Dis* 1999;33:193-7.