

## **Nutrición proactiva en personas con infección asintomática por el VIH**

### **Apoyo imprescindible**

**LUISA FERNANDA TORRES**

Nutricionista. Fundación Valle del Lili, Cali-Colombia

Diarrea crónica y desnutrición con pérdida progresiva de peso son dos aspectos clínicos que definen a los pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Ambas condiciones son factores que contribuyen a la disminución de la masa corporal magra, que a su vez conduce a una mayor susceptibilidad a infección, a una disminución de la función gastrointestinal, así como a una menor capacidad funcional y a una mortalidad prematura en pacientes seropositivos.

Las causas principales de malabsorción son una digestión y absorción deficientes, debido a patógenos gastrointestinales o a una deficiente función de la mucosa. La desnutrición se relaciona también con un metabolismo alterado debido a una actividad anormal de la citoquina. La infección por VIH promueve la liberación de citoquinas, la cual incrementa el catabolismo proteico, la tasa metabólica basal e induce a anorexia.

El grupo de Detsky y Jeejeebhoy desarrolló una técnica clínica que valora rápidamente el estado nutricional de acuerdo con las características del interrogatorio y examen físico encontrados; esto es: evaluación de cambio de peso reciente (dado principalmente por pérdida de masa muscular), ingesta dietaria con relación a sus patrones, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional corporal, demandas metabólicas que tenga el paciente de acuerdo con su estado y finalmente la impresión subjetiva mediante palpación de tejido adiposo, volumen muscular y edemas presentes. Los pacientes son clasificados como: bien nutridos, con riesgo de malnutrición y malnutridos. (Ver Tabla No. 1).

Este tipo de valoración nos permite realizar una detección oportuna de pacientes a riesgo de malnutrición con VIH, ya que el factor tiempo es muy importante para la prescripción del Soporte Nutricional.

El Soporte Nutricional es más efectivo en las primeras etapas de la enfermedad, cuando la anorexia es clave en el desarrollo de la desnutrición, ya que posteriormente en el curso de la enfermedad predominan ineficiencias metabólicas. Un estado nutricional deficiente tiene una fuerte correlación con el aumento de hospitalizaciones. La pérdida de peso y la

disminución de las concentraciones de albúmina se correlacionan con la morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes.

Los pacientes con infección por VIH desarrollan desnutrición al igual que pacientes con otras enfermedades. Pero la gravedad e incidencia de esta desnutrición es mayor.

Los criterios para dar ayuda enteral a este grupo de pacientes son los mismos que se aplican para otros grupos. Sin embargo, los pacientes infectados con VIH casi siempre recorren la siguiente progresión dietaria: dieta oral, dieta oral más suplementos, nutrición parenteral total. Otros grupos de pacientes siguen esta secuencia, más nutrición enteral por sonda antes de que se utilice nutrición parenteral. La diferencia se debe a una mayor incidencia del síndrome de malabsorción que aparece en la infección por VIH.

El apoyo nutricional en pacientes con VIH positivo debe ser proactivo realizando controles periódicos que incluyen evaluación, prescripción de plan específico y evaluación nutricional en cada fase de la enfermedad, ya que los requerimientos calóricos y proteicos varían. A medida que progresa la enfermedad aumenta la tendencia a infecciones oportunistas y complicaciones.

Existe la posibilidad de disminuir el daño progresivo del sistema inmune cuando se evita que el estado nutricional empeore.

Es importante señalar la posibilidad de modular, a través de la dieta, la inefectividad viral, así como la producción de citoquinas.

Se ha demostrado que la proporción de colesterol-fosfolípidos en la membrana del virus, puede ser modificado por tratamiento con concentración alta de fosfolípidos.

Además, los ácidos grasos libres n-3 poliinsaturados tienen un efecto inhibitorio muy fuerte en la producción de IL-1B, IL-1J y TNF que se asocia con la progresión de la pérdida de peso y masa corporal.

En un estudio de suplementación llevado a cabo por Richards, con dos dietas diferentes se mostró que la intervención temprana con suplementación enteral mínima, previene la pérdida continua de peso, así como mantiene la masa corporal en el paciente con VIH+.

Se han realizado intervenciones farmacológicas en anorexia con acetato de megestrol y los resultados parecen identificar un beneficio en apetito y aumento de peso.

No existe un régimen único de terapia nutricional que se pueda utilizar en todos los pacientes: la selección de dietas, alimentos orales complementarios, nutrición enteral, nutrición parenteral periférica o central, depende de la situación clínica del paciente, su

capacidad absorbente y digestiva, así como de la variación del peso después de la intervención nutricional.

En general, pacientes con infección asintomática por el VIH con función normal del intestino tienen una respuesta buena a un tratamiento nutricional oral con niveles altos de calorías y proteínas, bajas en grasa y libres de lactosa.

En presencia de diarrea parece que es útil la administración de una dieta rica en alimentos fuentes de pectina como: bananos, peras, manzanas y guayaba.

Las indicaciones clínicas para nutrición enteral son: presencia de disfagia, odinofagia, daño de la conciencia causada por lesiones del Sistema Nervioso Central, o alteraciones de absorción del intestino delgado.

Se debe suministrar fórmulas altas en proteínas, oligosacáridos y bajas en grasa, cantidades adecuadas de minerales, vitaminas, elementos traza y fibra soluble (pectina) y libres de lactosa.

La Nutrición Parenteral se emplea como Nutrición Parenteral Periférica (NPP) o Nutrición Parenteral Central Total (NPT). La Nutrición Parenteral Periférica proporciona un apoyo excelente si el paciente presenta intolerancia a la alimentación enteral o ésta no alcanza a cubrir los requerimientos nutricionales del paciente.

La Nutrición Parenteral Total es obligatoria cuando existe una alteración severa de la función del intestino, afectado por microsporidiosis, cryptosporidiosis, candidiasis intestinal u oral.

En cualquier fase de la enfermedad los pacientes normalmente pueden reasumir una dieta espontánea después de sufrir un curso de nutrición enteral o parenteral.

En la actualidad se hace mucho énfasis en el soporte nutricional temprano, usando hasta lo posible el tracto gastrointestinal, lo cual es más funcional y más económico; sólo en casos muy especiales se da nutrición parenteral.

**TABLA No. 1**  
**Valoración global subjetiva (VOS)**

**A. HISTORIA**

1. Cambio de peso

En los últimos 6 meses: Cantidad No. \_\_\_\_\_ ; % pérdida

En las últimas 2 semanas: \_\_\_\_\_ Aumentó  
\_\_\_\_\_ No cambió  
\_\_\_\_\_ Pérdida

2. Cambio en la ingesta dietaria (con respecto a lo normal)

\_\_\_\_\_ No cambió  
\_\_\_\_\_ Cambia \_\_\_\_\_ Duración = No. \_\_\_\_\_ Semanas  
\_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Poco sólido  
\_\_\_\_\_ Todo líquido  
\_\_\_\_\_ Líquidos hipocalóricos  
\_\_\_\_\_ Ayuno

3. Síntomas gastrointestinales (que persisten por más de 2 semanas)

\_\_\_\_\_ ninguno, \_\_\_\_\_ náuseas \_\_\_\_\_ vómito  
\_\_\_\_\_ diarrea, \_\_\_\_\_ anorexia

4. Capacidad funcional

\_\_\_\_\_ No disfunción  
\_\_\_\_\_ Disfunción \_\_\_\_\_ duración = No. \_\_\_\_\_ semanas  
\_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Normal  
\_\_\_\_\_ Regular  
\_\_\_\_\_ Postración en cama

5. Enfermedad y su relación con su requerimiento nutricional

Diagnóstico primario \_\_\_\_\_  
Demanda metabólica (estrés): \_\_\_\_\_ No estrés  
\_\_\_\_\_ Bajo estrés  
\_\_\_\_\_ Moderado estrés  
\_\_\_\_\_ Alto estrés

**B. FISICO**

(Por cada rasgo específico: 0 = normal, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo)

No. \_\_\_\_\_ Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, abdomen)  
No. \_\_\_\_\_ Pérdida muscular (cuadríceps, deltoides)  
No. \_\_\_\_\_ Edema tobillo  
No. \_\_\_\_\_ Edema sacro  
No. \_\_\_\_\_ Ascitis

**C. VGS**

\_\_\_\_\_ A = Bien nutrido  
\_\_\_\_\_ B = Moderadamente (o con riesgo) malnutrido  
\_\_\_\_\_ C = Severamente malnutrido

## Referencias

- Walzberg Dan L., *Apoyo Nutricional en SIDA*. Lecturas de Nutrición No. 11. Vol. 3-4, 1995, Págs. 505-508.
- Savino, Patricia. *Nutrición en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. Lecturas de Nutrición No. 13. 1996, Págs. 699-707, Vol. 3.
- Bell Scaty. *Fórmulas Especiales para Alimentación por Sonda: Su utilización en la práctica clínica SIDA*. Lecturas de Nutrición No. 20. Págs. 52-55, 1998. Vol. 3 No. 1.
- Valdeés Ma. del Pilar. *Nuevos Enfoques de la Valoración Nutricional*. Lecturas de Nutrición No. 17. Págs. 23-32. 1997. Vol. 4 No. 2.
- Rombeau J and Caldwell M.: *Clinical Nutrition: Enteral and tube feeding*. 3a. edition. U.S.A. W.B. Saunders Co. 1997.
- Tchemedians N.S., Hickman M., Heber D., *Treatment of anorexia and weight loss with magesrol acetate in patients with cancer or acquired immunodeficiency syndrome*. Sem. Oncol. 1991; 18(1):35-42.