

Cambios en el estado nutricional postrasplante hepático en menores de cinco años, Fundación Cardio Infantil, 2014-2021

ESTEFANÍA ESGUERRA LEÓN

Residente de Pediatría, Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El trasplante hepático pediátrico es un procedimiento fundamental en el tratamiento de diversas patologías, tales como atresia de vías biliares, falla hepática aguda y hepatoblastoma (1-2). La afectación del hígado en estos pacientes **incrementa el riesgo de desnutrición, lo que se relaciona con una menor ingesta y absorción de macro y micronutrientes, así como con estados proinflamatorios que inducen un estado hipercatabólico** (4). Por ello, alcanzar y **mantener un estado nutricional adecuado es crucial** para favorecer la recuperación ponderal, especialmente durante los tres primeros años tras el trasplante, periodo en el que los menores de dos años demuestran una mayor capacidad de recuperación (1).

Además, los cambios metabólicos previos y posteriores al trasplante, junto con la medicación necesaria para preservar el injerto (4) y sus efectos secundarios, incrementan la **vulnerabilidad de estos pacientes a problemas de salud cardiovascular** (7), así como a la obesidad y síndrome metabólico, que están en aumento globalmente.

Este trabajo tiene como objetivo describir las **características de los receptores de trasplante hepático pediátrico** en el programa de la Fundación Cardioinfantil entre 2014 y 2021, evaluando sus **indicadores antropométricos** según los estándares de la OMS y sugiriendo la implementación de **guías de intervención nutricional para mejorar su salud y reducir el riesgo de complicaciones metabólicas**.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio **observacional, analítico, longitudinal de cohorte retrospectiva**, con **152 pacientes** con datos pretrasplante, y a los 6, 12 y 24 meses postrasplante. La información se procesó con el **software IBM SPSS versión 25.0**.

Se realizó un **análisis univariado de la variable estado nutricional** para determinar la existencia y el tipo de malnutrición en los periodos de seguimiento. Las **variables cualitativas** fueron analizadas mediante **estadística descriptiva, obteniendo frecuencias absolutas y relativas**. Las **variables cuantitativas**, se calcularon con **medidas de tendencia central y dispersión**, de acuerdo con el cumplimiento del supuesto de normalidad.

Para definir el tipo de análisis inferencial, las **pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk**, consideraron la hipótesis nula que los datos presentan una distribución normal (H_0) e hipótesis alternativa que no la presentan (H_1). La **prueba de Friedman** comperó las mediciones repetidas en los intervalos de tiempo (6, 12 y 24 meses), y se aplicó la **correlación de Spearman** para examinar la relación entre las variables antropométricas y los factores asociados.

RESULTADOS

Evaluación pretrasplante

Estado nutricional: Peso para la talla Pre trasplante		Nº	%
Categoría	Puntaje Z		
Obesidad	> +3 DE	2	1,3
Sobrepeso	> +2 DE a +3 DE	6	3,9
Riesgo de sobrepeso	> +1 DE a +2 DE	12	7,9
Normal	≥ -1 DE a ≤ +1 DE	75	49,3
Riesgo de Desnutrición aguda	< -1 DE a ≥ -2 DE	32	21,1
Desnutrición aguda moderada	< -2 DE a ≥ -3 DE	21	13,8
Desnutrición aguda severa	< -3 DE	4	2,6

Estado nutricional: Talla para la edad Pre trasplante		Nº	%
Categoría	Puntaje Z		
Talla normal para edad	≥ -1 DE	15	9,9
Riesgo de baja talla	< -1 DE a ≥ -2 DE	17	11,2
Baja talla	< -2 DE a ≥ -3 DE	26	17,1
Baja talla severa	< -3 DE	94	61,8

Evaluación a los 6,12 y 24 meses

Estado nutricional: Peso para la talla Post trasplante	Puntaje Z	6 meses		12 meses		24 meses	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obesidad	> +3 DE	2	3	2,3	1,4	2	1,8
Sobrepeso	> +2 DE a +3 DE	10	20	15,4	7,2	12	11,0
Riesgo de sobrepeso	> +1 DE a +2 DE	33	33	25,4	23,9	32	29,4
Peso adecuado para talla	≥ -1 DE a ≤ +1 DE	75	65	50,0	54,3	58	53,2
Riesgo de Desnutrición aguda	< -1 DE a ≥ -2 DE	10	7	5,4	7,2	3	2,8
Desnutrición aguda moderada	< -2 DE a ≥ -3 DE	3	1	0,8	2,2	2	1,8
Desnutrición aguda severa	< -3 DE	5	1	0,8	3,6		

Talla para la edad Post trasplante		6 meses		12 meses		24 meses	
Categoría	Puntaje Z	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla adecuada para la edad	≥ -1 DE	39	34	25,4	27,1	34	30,6
Riesgo de Baja talla	≥ -2 DE a ≤ -1 DE	34	29	21,6	23,6	26	23,4
Baja talla	< -2 DE a ≥ -3 DE	22	30	22,4	15,3	27	24,3
Baja talla severa	< -3 DE	49	41	30,6	34,0	24	21,6

Correlación de variables

Variables correlacionadas	ρ	Interpretación
Peso 6m – Talla 6m	0.063*	Correlación positiva alta
Peso 6m – Peso 12m	0.58*	Asociación positiva moderada
Peso 12m – Peso 24m	0.63*	Relación positiva fuerte entre mediciones
Talla 6m – Talla 12m	0.60*	Asociación positiva moderada
Talla 12m – Talla 24m	0.60*	Relación consistente entre mediciones
Peso/talla 6m – Peso/talla 12m	0.58*	Asociación estable entre indicadores
Peso/edad 6m – Peso/edad 12m	0.60*	Correlación positiva moderada
Peso/edad 12m – Peso/edad 24m	0.55*	Asociación positiva entre periodos
Talla/edad 6m – Talla/edad 12m	0.58*	Relación proporcional entre variables
Talla/edad 12m – Talla/edad 24m	0.55*	Asociación positiva moderada
Rechazo 6m – Rechazo 12m	0.55*	Asociación positiva moderada
Rechazo 12m – Rechazo 24m	0.53*	Asociación significativa estable
Inf. no opp 6m – Inf. no opp 12m	0.52*	Correlación positiva moderada
Inf. opp 6m – Inf. opp 12m	0.53*	Asociación positiva significativa
Prednisolona 6m – Prednisolona 12m	0.55*	Asociación positiva moderada
Prednisolona 12m – Prednisolona 24m	0.54*	Asociación significativa entre periodos
Prednisolona 6m – Peso 12m	0.56*	Relación positiva entre dosis y peso
Prednisolona 6m – Peso 24m	0.56*	Asociación positiva con peso corporal

- Tendencia general hacia la mejora del peso, aunque **persisten limitaciones en la talla**, incluso después de dos años del trasplante, **coincidiendo** con el retraso en talla, como **la forma de malnutrición más común en la infancia a nivel global** (10).
- A los 12 meses, hubo una **relación significativa entre los episodios de rechazo y el estado nutricional** ($\rho = 0,53$, $p = 0,026$), lo que coincide con lo reportado por Perito et al., quienes demostraron que los episodios de rechazo pueden generar deterioro nutricional (7).
- Hay una **correlación positiva moderada entre la prednisolona y el peso corporal a los 12 y 24 meses** ($\rho = 0,56$, $p < .05$), lo que sugiere su influencia parcial en la ganancia de peso, **sin ser el único factor determinante**, lo que puede explicarse por las diferencias en las dosis, duración del tratamiento o variabilidad en la respuesta metabólica de los pacientes, concordando con estudios que describen un **efecto anabólico leve y dependiente del tiempo de exposición a los corticosteroides** (4,8).

CONCLUSIONES

- El trasplante hepático **mejora la supervivencia y favorece la recuperación ponderal**, pero no elimina las desigualdades nutricionales de base, además el **surgimiento del sobrepeso en una proporción considerable a los 6 y 12 meses (23.9% y 43.1%, respectivamente)**, podría estar asociado al aumento del apetito y los efectos secundarios de la corticoterapia, resaltando la relación entre la inmunidad, el manejo farmacológico y la evolución metabólica.
- Resulta necesario **implementar programas institucionales de control nutricional continuo individualizadas a cada paciente**, con un enfoque especial en la recuperación de la talla y la prevención del sobrepeso postrasplante, y el desarrollo de guías que incluyan **orientación alimentaria, control calórico y de actividad física, acompañado de un seguimiento multidisciplinario** que contemple aspectos clínicos, nutricionales y hormonales a largo plazo.

REFERENCIAS

